

ISABEL MARIA DIAS MOREIRA

**COMPARAÇÃO DE RESULTADOS: PRESTAÇÃO DE CUIDADOS SAÚDE
HOSPITALARES PÚBLICOS E PRIVADOS**

TESE PARA OBTENÇÃO DO MESTRADO EM GESTÃO E ECONOMIA DE SERVIÇOS DE
SAÚDE

ORIENTADORA: PROFESSORA DOUTORA CLÁUDIA CARDOSO

PORTO, SETEMBRO 2011

Nota Biográfica

Nome **ISABEL MARIA DIAS MOREIRA**

FORMAÇÃO ACADÉMICA

- Agosto 2009 **PÓS - GRADUAÇÃO: GESTÃO E DIRECÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**
 - Instituição FACULDADE DE ECONOMIA DO PORTO E EGP – UNIVERSITY OF PORTO SCHOOL
- Junho 2009 **LICENCIATURA EM GESTÃO DE EMPRESAS**
 - Instituição INSTITUTO SUPERIOR DE ADMINISTRAÇÃO E GESTÃO (ISAG)
- Outubro 2002 **PÓS - GRADUAÇÃO: GESTÃO PARA INSTITUIÇÕES SEM FINS LUCRATIVOS**
 - Instituição INSTITUTO SUPERIOR DE ADMINISTRAÇÃO E GESTÃO (ISAG)
- Fevereiro 2000 **PÓS – GRADUAÇÃO: AUDITORIA FINANCEIRA**
 - Instituição INSTITUTO SUPERIOR DE ADMINISTRAÇÃO E GESTÃO (ISAG)
- Fevereiro 1998 **LICENCIATURA MARKETING**
 - Instituição INSTITUTO SUPERIOR DE ADMINISTRAÇÃO E GESTÃO (ISAG)
- Setembro 1996 **BACHARELATO GESTÃO**
 - Instituição INSTITUTO SUPERIOR DE ADMINISTRAÇÃO E GESTÃO (ISAG)

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL:

TÉCNICA SUPERIOR NA ÁREA DA GESTÃO
CENTRO HOSPITALAR DO PORTO

Resumo

Os Hospitais são pilar fundamental e dispendioso do sistema de saúde, são recursos fundamentais para as comunidades, com uma procura crescente, sobre os quais é exigida a máxima qualidade e eficiência. São organizações que têm um elevado uso intensivo dos recursos humanos, capital, tecnologia e conhecimento como tal, deverá reger-se pelos princípios de economia, eficácia e eficiência de forma a garantir a sustentabilidade do sistema de saúde.

A concorrência nos serviços hospitalares começa com a liberdade de escolha dos utentes, estabelecendo-se entre os prestadores mecanismos de rivalidade.

O Estado Português, e à semelhança do que acontece na Europa e países Ocidentais, garante o direito à saúde de todos os cidadãos assegurado predominantemente pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS). Contudo, o crescente aumento nas despesas públicas portuguesas alerta para uma reflexão quanto à eficiência dos hospitais públicos, em comparação com os hospitais privados.

Em Portugal várias reformas têm vindo a ser praticadas pelo poder político, numa tentativa de conter o crescimento dos custos de saúde pela melhor utilização dos recursos disponíveis. Nos últimos anos, o conceito de empresarialização da saúde tem vindo a ganhar relevo no sistema de saúde português, sendo os hospitais a face mais visível. Os Hospitais Sociedade Anónima (SA), e posteriormente os Hospitais Empresa Pública Empresarial (EPE), foram um passo importante na introdução de novos mecanismos de gestão nos hospitais públicos oficiais, assim como a introdução de Parcerias Público Privadas (PPP). A maior autonomia administrativa e financeira, associada a maior liberdade na gestão de recursos humanos e nas aquisições de materiais de consumo, permitiu um importante salto de gestão, assim como a concentração de Hospitais originando os Centros Hospitalares e, permitindo sinergias na utilização dos seus recursos são marcos recentes para a contenção dos custos.

A aplicação de indicadores para a avaliação de desempenho económico – financeiro dos Hospitais, possibilita uma relação entre esse desempenho e o sistema de financiamento, associado directamente com a produtividade.

Abstract

Hospitals are the cornerstone and expensive health care system, are key resources for communities, with growing demand, which is required on the highest quality and efficiency. Organizations which have a high intensive use of human resources, capital, technology and knowledge as such, should be governed by principles of economy, efficiency and effectiveness to ensure the sustainability of the health system.

Competition in hospital begins with free choice of users, establishing mechanisms between providers of rivalry.

The Portuguese state, and similarly to what happens in Europe and Western countries, guarantees the right to health of all population assured mainly by the National Health Service (NHS). However, the increasing public spending warning Portuguese to reflect on the efficiency of public hospitals compared to private hospitals.

In Portugal several reforms have been practiced by political power in an attempt to stem the growth of health costs through the better use of available resources. In recent years, the concept of corporatization of health has been gaining importance in the Portuguese health system, hospitals are the most visible. Hospitals Limited Company (SA), and later the Public Hospitals Enterprise Enterprise (EPE), was an important step in introducing new mechanisms for managing officers in public hospitals, as well as the introduction of Public Private Partnerships (PPP). Most administrative and financial autonomy, coupled with greater freedom in managing human resources and procurement of consumables, has allowed a major leap management, as well as the concentration of the leading hospitals and medical centers, allowing synergies in the use of its resources recent milestones are to contain costs.

The application of indicators for the evaluation of economic performance - financial Hospitals, a possible relationship between this performance and the financing system, directly associated with productivity.

Índice

Nota Biográfica	ii
Resumo.....	iii
Abstract	iv
Lista de Quadros	vii
Lista de Gráficos	viii
Lista de Siglas e Abreviaturas	ix
Introdução	1
1. Breve historial do sistema de saúde e enquadramento dos Hospitais	3
1.1. Um Longo Percurso	3
1.1.1. As Reformas do Sistema de Saúde.....	4
1.1.2. As Políticas de Saúde	8
1.2. As Reformas do modelo de Gestão Hospitalar	20
1.2.1. Diferentes perspectivas entre Gestão Pública e Gestão Privada	21
1.2.1.1. As teorias de propriedade.....	26
1.2.2. Reformas recentes do modelo de Gestão Hospitalar.....	28
1.2.2.1. Gestão privada em hospital público	30
1.2.2.2. Regras de gestão privada em hospitais públicos	30
1.2.2.3. Unidade Local de Saúde de Matosinhos	31
1.2.2.4. Centros de Responsabilidade Integrados.....	32
1.2.2.5. Hospitais S.A.....	33
1.2.2.6. Hospitais EPE.....	36
1.2.2.7. Parcerias Público - Privadas.....	38
1.3. O financiamento dos hospitais	40
1.4. A oferta e prestação de cuidados de saúde	46
2. Análise Económica da Saúde	49
2.1. Eficiência na Gestão Hospitalar	49
2.1.1. Conceito da Economia da Saúde	51
2.2. O mercado da saúde e os cuidados prestados.....	55
2.3. A concorrência no sector da saúde	56
3. Análise do estudo empírico	58

3.1. Objectivos	58
3.2. Metodologia	59
3.3. Recolha de Dados.....	60
3.4. Construção de indicadores	60
3.4.1. Variáveis propostas	62
3.5. Resultados e discussão	69
3.5.1. Análise Inputs.....	70
3.5.1.1. Número de Hospitais.....	70
3.5.1.2. Profissionais	71
3.5.1.3. Lotação Praticada	72
3.5.2. Análise Outputs	74
3.5.2.1. Internamento	74
3.5.1.2. Consulta externa.....	76
3.5.1.3. Bloco Operatório.....	78
3.5.1.4. Urgência	80
3.5.1.5. Partos.....	82
4. Conclusão.....	84
4.1 Análise crítica dos resultados.....	84
4.2. Síntese conclusiva	84
4.3. Recomendações para estudos futuros.....	87
Bibliografia	88

Lista de Quadros

Quadro 1 – Objectivos NPM	23
Quadro 2 – Estratégias NPM	24
Quadro 3 – Comparação de perspectivas da filosofia da Gestão Pública vs NPM	25
Quadro 4 – Transferências do OE para os Hospitais do SPA e do SEE	50
Quadro 5 – Indicadores de inputs propostos	62
Quadro 6 – Indicadores de outputs propostos	66
Quadro 7 – Evolução do número de profissionais	71
Quadro 8 – Evolução da lotação disponível	72
Quadro 9 – Evolução do internamento	74
Quadro 10 – Evolução da consulta externa	76
Quadro 11 – Evolução do bloco operatório	78
Quadro 12 – Evolução do atendimento na urgência	80
Quadro 13 – Causas da entrada na urgência	81
Quadro 14 – Evolução de partos	82

Lista de Gráficos

Gráfico 1 – Evolução despesa total da Saúde em Portugal, em % do PIB	49
Gráfico 2 – Evolução do número de hospitais	70
Gráfico 3 – Evolução da taxa ocupação	74
Gráfico 4 – Evolução da taxa cirurgia do ambulatório	79
Gráfico 5 – Evolução taxa cesariana	83

Lista de Siglas e Abreviaturas

SNS - Serviço Nacional de Saúde

CH – Centro Hospitalar

NPM - New Public Management

SA – Sociedade Anónima

EPE – Empresa Pública Empresarial

SPA – Sector Público Administrativo

ADSE - Assistência na Doença aos Servidores Cíveis do Estado

INE – Instituto Nacional de Estatística

OE - Orçamento de Estado

PERLE – Programa Específico de Recuperação de Listas de Espera

PPMA – Programa de Promoção e Monitorização do Acesso

PECLEC – Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas

SIGIC - Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia

Introdução

Os Hospitais podem ser considerados, em termos económico – financeiros, como grandes empresas, pelos seus activos, passivos, despesas e receitas que fazem circular milhões de Euros. São recursos necessários à população, pelo que devem ser administrados para prestar os serviços necessários, com o mínimo de custo possível, mas com a máxima quantidade, qualidade e excelência dos serviços prestados, ou seja, sob os princípios da economia, eficácia e eficiência.

Verifica-se cada vez mais um constante aumento de procura de serviços de saúde, face aos recursos disponíveis, levando os governos a definir as prioridades, fazendo escolhas sobre quais os serviços a prestar no sector público e o que deixar para o sector privado, o que deve financiar ou não, o que passa pela adopção de metodologias estratégicas identificando as melhores opções possíveis e os mecanismos mais adequados de pagamento, de forma a satisfazer as necessidades de saúde, ao mesmo tempo que cria melhor saúde e valor para o cidadão.

A saúde é um bem individual e social com características muito específicas, cuja produção da actividade resulta de um vasto conjunto de influências. Para a evolução do Sistema de Saúde contribui um grande número de actores com culturas, percepções, interesses e expectativas diversas (Sakellarides, 2000). Sendo um bem com características muito próprias, o “mercado da saúde” torna-se bastante diferenciado dos outros mercados. Essa especificidade advém-lhe de características que lhe são próprias, como seja o forte enquadramento normativo dos bens e serviços de saúde, da assimetria de informação, da existência de instituições sem fins lucrativos, das externalidades, do poder de mercado, da incerteza que lhe está associada, tanto pelo diagnóstico que se pode revelar errado, como pelo tratamento, que não sabemos se cura o paciente.

Os cidadãos e os governos preocupam-se com os custos associados à saúde. Por outro lado, os recursos humanos e materiais na área da saúde são escassos, susceptíveis de utilizações alternativas, para as necessidades virtualmente ilimitadas. Daí que há toda a legitimidade em aplicar os princípios das Ciências Económicas, pois podem esclarecer melhor a utilização dos recursos que se encontram ao seu dispor. Assim, a experiência

acumulada na área económica deve ser aproveitada pelos Hospitais, na mesma medida em que foram em outros segmentos da actividade económica.

As projecções recentes de despesas com a saúde demonstram um aumento ao longo dos anos e perspectiva-se para as próximas décadas, devido ao envelhecimento da população, a utilização cada vez mais sofisticada dos meios e técnicas de diagnósticos e tratamento de casos crónicos e agudos, que são bastante dispendiosos (McKeeetal, 2002).

Em Portugal, o Estado desempenha um papel importante na propriedade e gestão dos Hospitais. Paralelamente, é o Estado que financia grande percentagem dos serviços de saúde.

Todos os Hospitais quer públicos quer privados concorrem entre si para o mesmo fim: a prestação de serviços médicos com a finalidade de curar ou reabilitar.

Neste contexto, pretende-se com esta dissertação fazer uma abordagem da gestão hospitalar, com o objectivo de elaborar um conjunto de outputs e inputs, que reflectam a comparação e a especificidade da actividade hospitalar, sendo que a utilização destes instrumentos de avaliação significará uma mais-valia na análise da produtividade e eficiência.

Assim, esta dissertação encontra-se organizada no capítulo 1 um breve historial do sistema de saúde e enquadramento dos Hospitais; no capítulo 2 análise económica da saúde; no capítulo 3 uma análise do estudo empírico; e no último capítulo uma conclusão.

1. Breve historial do sistema de saúde¹ e enquadramento dos Hospitais

1.1. Um Longo Percurso

Um longo percurso foi percorrido até à constituição de um sistema de saúde baseado na estrutura do SNS, tal como o conhecemos hoje, com seguro público, cobertura universal, de acesso quase livre à utilização de serviços e financiado através de impostos.

A organização dos serviços de saúde foi-se concretizando por influência dos conceitos religiosos, políticos, económicos e sociais da época, para dar resposta ao aparecimento de novas doenças e de curas.

O hospital Português tem a sua origem na fundação da nacionalidade quando, em meados do século XII, D. Afonso Henriques autoriza a criação de albergarias vocacionadas para cuidar dos feridos e acolhimento de doentes pobres, que proliferaram durante três séculos e sob a responsabilidade de ordens religiosas ou da iniciativa de algumas profissões. Assim, até 1492 existiram muitos e pequenos (entre 5 e 12 camas) estabelecimentos assistenciais com fraca ou nula diferenciação técnica.

A política de concentração hospitalar com D. João II (que funda o Hospital Real de Todos os Santos, em 1492, juntando 40 estabelecimentos) foi prosseguida depois com D. Manuel I (outorga do Regimento do Hospital Real de Todos os Santos, em 1504). Com a criação deste hospital, considerado um dos maiores do mundo, surgiu as bases de assistência de cuidados de saúde.

A partir do reinado de D. Sebastião, e em 1498 surge um novo modelo assistencial, com a criação de hospitais religiosos de beneficência denominados de Misericórdias, que se tratavam de instituições independentes e sem fins lucrativos que prestavam cuidados, somente a pessoas mais necessitadas. A razão deste modelo residia no facto de os encargos financeiros com o funcionamento dos hospitais serem

¹ Sistema de saúde pode ser visto como um “conjunto dos diversos tipos de recursos que o Estado, a sociedade, as comunidades ou simples grupos de população reúnem para organizar a protecção generalizada de cuidados na doença e na promoção da saúde” (Gonçalves Ferreira, Almedina, 1999).

suportados por estas entidades, ao contrário do que acontecia com as ordens religiosas a administrarem os hospitais, circunstância em que cabia ao Rei suportar os encargos (Simões, 2004).

1.1.1. As Reformas do Sistema de Saúde

A primeira reforma do sistema de saúde, conhecida pela reforma de Ricardo Jorge, tem início no século XIX em 1899 com a organização dos serviços de saúde pública com o Decreto de 28 Dezembro, complementado pelo Regulamento Geral dos Serviços de Saúde e Beneficência Pública, de 24 de Dezembro de 1901, aplicado apenas em 1903, criando uma rede nacional de oficiais médicos responsáveis pela saúde pública. Esta fase é influenciada pelos organismos e intervenções internacionais, em que se tenta construir as bases da saúde pública.

Com a revolução Industrial e a concentração das populações nas cidades, a medicina avança a passos largos no combate a doenças infecciosas e baseia-se cada vez mais na ciência. Em toda a Europa, o Estado começa a responsabilizar-se, juntamente com instituições de solidariedade, pelo tratamento de doentes. Os hospitais públicos tornam-se locais de Ensino e Investigação. Neste século todas as grandes cidades Europeias dispunham de hospitais gerais, públicos e privados.

A publicação do Decreto – Lei n.º 35 108, de 7 de Novembro de 1945, deu lugar à segunda reforma, criando duas direcções gerais: a da Saúde e a da Assistência. Nesta altura foi reconhecida a debilidade da situação sanitária do país e a necessidade de uma resposta por parte do Estado. Foram criadas também várias instituições dedicadas a problemas específicos, como por exemplo saúde materna e a tuberculose. Neste diploma, pela primeira vez abordam-se três objectivos de política de saúde: “assistência preventiva”, “assistência paliativa e curativa” e a “assistência construtiva”, como se considera nos dias de hoje: a perspectiva de prevenção, do tratamento e da reabilitação da saúde.

No século XX, o hospital sofre uma profunda modificação: de acolhimento e tratamento de doentes pobres transforma-se em estabelecimento onde novas técnicas de

diagnóstico e terapêutica estão disponíveis para todas as classes sociais, e onde a especialização vai tendo uma importância crescente. Os hospitais tornam-se instituições burocratizadas, necessitando cada vez mais de recursos (Ministério da Saúde, 1998).

Em 1946, é publicada a Lei n.º 2011, de 2 de Abril de 1946 - Lei da Organização Hospitalar, que estabeleceu, pela primeira vez em Portugal e, muito antes de outros países o terem feito, as bases da organização hospitalar e promoveu a construção de hospitais com dinheiros públicos, mas entregues às Misericórdias, um sistema hospitalar regionalizado, baseado na ordenação e cooperação técnica das unidades que o compunham, em circunscrições de três níveis: o concelho, o distrito e a zona. Na sua base XXIII, este diploma determinou que a organização, a administração e funcionamento dos hospitais, a preparação técnica, o modo de recrutamento e o acesso dentro dos respectivos quadros, bem como os direitos do pessoal, passariam a ser regulados por um diploma especial. Ainda nesse ano, é criada a Federação das Caixas de Previdências, que veio centralizar os cuidados de saúde curativos que se encontravam dispersos por vários sindicatos, desenvolvendo-se em paralelo com os serviços de saúde públicos, proporcionando aos seus beneficiários um conjunto de regalias.

Na década seguinte, surgiu o Ministério da Saúde e da Assistência, por via do Decreto-Lei n.º 41 825, de 13 de Agosto de 1958. A tutela dos serviços de saúde pública e os serviços de assistência pública deixaram de pertencer ao Ministério do Interior, passando a para a tutela do Ministério da Saúde e da Assistência.

Posteriormente, a Lei n.º 2 120, de 19 de Julho de 1963, veio promulgar as bases da política de saúde e assistência. Atribui ao Estado a organização e manutenção dos serviços, considerando que estes não podiam ser entregues à iniciativa privada devido ao seu interesse nacional e complexidade. Na sua base X, a actividade hospitalar deveria ser coordenada, de modo a integrar num plano funcional os hospitais centrais, regionais e sub-regionais, os postos de consulta ou de socorros e os serviços auxiliares. No que respeita a pessoal, a base XXV aborda o estabelecimento de carreiras médicas, farmacêuticas, de serviço social, de enfermagem e administrativas.

No ano 1968 o sistema de financiamento sofre uma reforma: estabelece-se com a Previdência Social, uma cooperação que veio trazer alguns benefícios ao sector da saúde. Dá-se uma profunda reestruturação administrativa nos hospitais de maior dimensão, passando a ser tarefa de profissionais com preparação e estatuto adequado. Com a criação da Direcção Geral dos Hospitais, começou-se a olhar para a regulamentação como um factor importante. As disposições referidas nas leis anteriores foram publicadas no Decreto-Lei n.º 48 357, de 27 de Abril de 1968, que criou o Estatuto Hospitalar, constituindo a base do novo sistema de saúde.

No que respeita aos problemas de gestão hospitalar, ultrapassou-se a ideia de que as técnicas da economia nada tinham a ver com o governo dos hospitais, e que os problemas de financiamento afectavam a nobreza dos objectivos próprios da actividade médica. Passou-se a aceitar que os processos de gestão económica constituíam uma garantia indispensável para que, aos meios materiais reunidos pela comunidade, fosse dada a utilidade óptima, que no final, significava um maior número de doentes assistidos e melhor assistência prestada. Com o objectivo de promover a melhoria de administração dos hospitais, estabeleceram-se dois princípios: o da condução da administração mediante planos anuais e o da aplicação de métodos de gestão económica, desde que adequados à natureza e fins dos serviços hospitalares. Por outro lado, estipulou-se, claramente, a responsabilidade de todos os serviços, quer médicos, quer administrativos, bem como dos vários órgãos de administração e direcção técnica, na realização dos objectivos e nos resultados finais do trabalho comum, competindo a cada um conseguir a máxima eficiência com um maior aproveitamento económico dos meios de acção postos ao seu dispor. Para efeitos de organização hospitalar dividiu-se o território metropolitano em zonas, regiões e sub-regiões. Cada uma dessas divisões constituía uma unidade funcional, provida de meios de acção quantitativa e qualitativamente adequados à área e população que serviam. Esta divisão teve, também, como finalidade conseguir a eficiência do conjunto, sem prejuízo da unidade de concepção, planeamento e execução da política nacional hospitalar, cujos interesses prevaleciam sobre o âmbito regional ou local. Esta nova organização hospitalar incorporava hospitais gerais e especializados, centro médicos especializados, centros de reabilitação, hospitais de convalescentes e de internamento prolongado e, também, postos de consulta e de socorros.

Com o Decreto-Lei n.º 48358, de 27 de Abril de 1968, foi definido o Regulamento Geral dos Hospitais, onde se estabeleceram:

- Normas relativas à classificação e funções dos hospitais;
- Composição e competência dos órgãos de administração e direcção técnica;
- Esquema interno de serviços e regras para o seu funcionamento;
- Estatuto, horário e carreiras de pessoal;
- As regras orientadoras da assistência aos doentes.

Os hospitais passaram a ser classificados, quanto à área geográfica, como centrais, regionais e sub-regionais e, quanto ao esquema de serviços médicos que disponham, gerais e especializados, e relativamente à responsabilidade da administração, oficiais ou particulares.

A terceira reforma ocorre em 1971, e ficou conhecida como “reforma de Gonçalves Ferreira”, na qual surgiu o primeiro esboço de um SNS e que marcará as opções doutrinárias para as décadas seguintes. Com a publicação do Decreto-lei n.º 413/71, de 27 de Setembro, é promulgada a organização do Ministério da Saúde e Assistência, reestruturando os serviços centrais, regionais, distritais e locais, reconhece-se o direito à saúde de todos os cidadãos, e define-se que compete ao Estado assegurar o direito à saúde através de uma integração de todas as actividades de saúde e assistência, para que seja possível conseguir o melhor rendimento nos recursos utilizados. Surgem os “centros de saúde de primeira geração” que tinham uma intervenção prioritariamente associada à prevenção, uma vez que a prestação de cuidados curativos era efectuada pelos postos clínicos dos Serviços Médico - Sociais. O Decreto – lei nº 414/71, de 27 de Setembro, por seu lado estabelecia, pela primeira vez a estruturação das carreiras profissionais dos funcionários da saúde, incluindo melhorias de remuneração. Com estes dois decretos o Estado passa a ser responsável pela política da saúde e pela sua execução. O Ministério da Saúde passou a orientar, através das Direcções Gerais de Saúde e dos Hospitais, toda a política de saúde.

Dois anos depois, em 1973, o Ministério da Saúde, pelo Decreto – Lei n.º 584/73, de 6 de Novembro, separou-se da Assistência Social. Em 1974 foi transformado

em Secretaria de Estado da Saúde e integrado no Ministério dos Assuntos Sociais pelo Decreto-Lei n.º 203/74, de 15 de Maio.

1.1.2. As Políticas de Saúde

De 1974 até à presente data identificam-se seis fases distintas de políticas de saúde.

A primeira fase, após o 25 de Abril de 1974, é o período de implantação da democracia, com uma orientação política.

Presentes na administração dos hospitais, e maioritariamente proprietárias desde séculos, as misericórdias começam a deixar a sua gestão, para promover a autonomia dos hospitais e a estabilidade dos órgãos de gestão. Os hospitais entram em regime de instalação, implicando a progressiva responsabilização do Estado na sua administração e tentando implementar a profissionalização da gestão, com a criação de carreira de Administrador, a quem competia, nessa época, orientar e coordenar os serviços de apoio geral. Assim, em 1975, as Misericórdias foram nacionalizadas.

Segundo Barros (2002), antes de 25 Abril coexistiam várias instituições hospitalares com raízes diferentes, que podem resumir-se, em traços gerais, da seguinte forma: as Misericórdias, os Serviços Médico – Sociais, os Serviços de Saúde Pública, os Hospitais Estatais (Gerais e Especializados), e os Serviços Privados.

Em 1976 foi aprovada uma nova Constituição, onde se institui o SNS e, no seu artigo 64º, acolhido posteriormente na Lei de Bases da Saúde, ditava que todos os cidadãos tinham o direito de acesso à protecção da saúde e o dever de a defender e promover. Esse direito efectivou-se, mais tarde, através da criação de um SNS universal, geral e gratuito.

O Despacho Ministerial publicado em Diário da República, 2ª série, de 29 de Julho de 1978, antecipou o SNS, na medida que abriu o acesso aos Serviços Médico-Sociais a todos os cidadãos, independentemente da sua capacidade contributiva. Foi garantida, pela primeira vez, a universalidade, generalidade e gratuidade dos cuidados de saúde e a comparticipação de medicamentos.

A Lei n.º 56/79, de 15 de Setembro criou formalmente o SNS para assegurar o direito à protecção da saúde. O seu financiamento era suportado pelo Orçamento Geral do Estado, logo sujeito a restrições e constrangimentos consequência das conjunturas económicas. Definiu o acesso gratuito, no entanto, pelo artigo 7º, colocou a possibilidade de criação de taxas moderadoras, a fim de racionalizar a sua utilização.

Estabeleceu, também, que o SNS teria autonomia administrativa e financeira² e estruturar-se-ia numa organização descentralizada e desconcentrada, compreendendo órgãos centrais, regionais e locais.

A segunda fase tem início na década de 1980, corresponde a um período de recuo dos princípios socialistas, em que se coloca a possibilidade de desenvolver uma alternativa ao SNS. No entanto, o Acórdão n.º 39/84, de 11 de Abril, do Conselheiro Vital Moreira, vem esclarecer que o SNS não pode ser abolido pois uma vez criado “passou a ser dado adquirido no património do direito à saúde, sendo como tal, irreversível”.

O Decreto-Lei n.º 254/82, de 29 de Julho criou as administrações regionais de cuidados de saúde, que vinham substituir as administrações distritais de serviços de saúde, previstas pelo Decreto-Lei n.º 488/75.

Através do Decreto-Lei n.º 357/82, de 6 de Setembro estabeleceu-se que o Departamento de Gestão Financeira dos Serviços de Saúde ficaria incumbido de gerir as verbas que eram fornecidas globalmente ao SNS, e concedeu a este autonomia financeira e administrativa, uma vez que considerava que a gestão dos recursos financeiros afectos ao sector exigia uma coordenação e distribuição adequada e, agilidade nos processos de actuação.

Devido à importância do sector, pelo volume de serviços, pelas infra-estruturas que integrava e pela importância que os cidadãos lhe concediam, criou-se de novo um Ministério da Saúde autónomo, através do Decreto-Lei n.º 344-A/83, de 25 de Julho.

² Autonomia administrativa e financeira existe quando os serviços e organismos públicos dispõem de justificada autonomia para efetuar os atos administrativos inerentes à sua adequada gestão, e, cumulativamente, as suas receitas próprias atinjam um mínimo de dois terços das despesas totais (Artº 6º da Lei nº8/90, de 20 Fevereiro).

No mesmo ano, de 1983, foi aprovado o Regulamento dos Centros de Saúde, criando os “centros de saúde de segunda geração”.

A terceira fase decorre de 1985 a 1995. Defende-se um papel mais activo do sector privado, uma maior responsabilização individual pelo financiamento e uma orientação empresarial do SNS.

O Decreto-Lei n.º 57/86, de 20 de Março regulamenta o acesso ao SNS. O objectivo é estabelecer uma correcta e racional repartição dos encargos do SNS, quer pelos subsistemas da saúde, quer por todas as entidades responsáveis pelo pagamento da assistência. Como os estabelecimentos oficiais não tinham como objectivo a obtenção do lucro, os preços a praticar deveriam-se aproximar dos preços reais. Estes preços passaram a ser revistos anualmente, e as tabelas de preços, actualizadas pelas Portarias a serem publicadas em Diário da República. Implementam-se as taxas moderadoras, a ser pagas pelos utentes, destinadas a moderar a procura de cuidados de saúde, evitando a utilização excessiva por parte dos utentes.

Em 1988, período caracterizado por um aumento do peso das despesas de saúde no Orçamento do Estado, o Decreto-Lei n.º 19/88, de 21 de Janeiro, aprova a lei de gestão hospitalar. Surgiu, pela primeira vez, a ideia da necessidade da introdução de princípios de natureza empresarial na actividade hospitalar, atribuindo grande valor à rentabilidade dos serviços por parte da administração, mas mantendo a qualidade como princípio fundamental. No seu artigo 19º, decretou que “Mediante autorização do Ministério da Saúde, os hospitais podem associar-se e celebrar acordos com entidades privadas que visem a prestação de cuidados de saúde, com o objectivo de otimizar os recursos disponíveis”.

Em 1989, após revisão da Constituição, o n.º 2 do artigo 64º foi alterado, passando a decretar que o SNS era “universal e geral, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito”.

Surgiu, nesta altura, o novo sistema de pagamento prospectivo, baseado nos Grupos de Diagnósticos Homogéneos (GDH). Este sistema deveria ter sido iniciado, pelo Governo, em 1990, como um instrumento de alocação de orçamentos hospitalares, e como um método de pagamento das entidades terceiras pagadoras de cuidados de

saúde. No entanto, para minimizar possíveis impactos no sistema financeiro do país, foi gradualmente integrado no sistema relativamente ao financiamento hospitalar. Até então, a afectação de recursos às instituições hospitalares era feita com base no orçamento histórico, isto é, aplicava-se um acréscimo percentual ao orçamento do ano anterior. Este novo tipo de financiamento, de acordo com a produção, tentava melhorar a eficiência das próprias instituições.

Foi através da Portaria n.º 409/90, de 31 de Maio que se aplicou, pela primeira vez, o modelo de financiamento com base em GDH às entidades terceiras pagadoras de cuidados de saúde (subsistemas de saúde, seguradoras, etc.). Estas passaram a ser facturadas por GDH relativamente aos cuidados prestados em internamento aos seus beneficiários nos hospitais do SNS. Hoje em dia, existem 489 grupos, que são constituídos, não só por elementos clínicos, como diagnósticos, intervenções cirúrgicas e outro actos médicos a que o doente tenha sido submetido durante o episódio de internamento, mas, também, por características do próprio doente, como idade, sexo e, ainda, pelo destino após alta do hospital.

O início da década 1990 foi considerado como de viragem decisiva do SNS. Foi regulado por dois diplomas fundamentais: a aprovação da Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90, de 24 Agosto) e o Estatuto SNS (Decreto – Lei n.º 11/93, de 15 Janeiro). Daqui para a frente sucederam-se três períodos, com orientações e prioridades distintas: no primeiro a ênfase foi posta na separação entre o público e o privado; no segundo período, o objetivo principal passou a ser a definição de um seguro alternativo de saúde; no terceiro, os esforços concentraram-se no aumento do financiamento privado no sistema de saúde, e na gestão privada dos hospitais (Simões, 2004). O Estatuto do SNS traduzindo-se em quatro estratégias: (i) a regionalização da administração dos serviços, com a criação das ARS; (ii) a privatização de sectores da prestação de cuidados, no qual o Estado promoveu o desenvolvimento do sector privado e permitindo a gestão privada de unidades públicas; (iii) a privatização de sectores do financiamento de cuidados, com a concessão de incentivos à opção por seguros privados de saúde e a possibilidade de criação de um seguro alternativo de saúde; e (iv) a articulação de cuidados, com a possibilidade da criação de unidades de saúde, agrupando numa região, hospitais e centros de saúde.

Em 1992, o Decreto-Lei n.º 54/92, de 11 de Abril, publica o regime de taxas moderadoras para o acesso aos serviços de urgência, às consultas e aos meios complementares de diagnóstico e terapêutica em regime de ambulatório, bem como às suas isenções. As receitas provenientes do pagamento parcial do custo dos actos médicos iriam constituir receita do SNS, contribuindo para o aumento da eficiência e qualidade dos serviços prestados.

O Decreto-Lei n.º 335/93, de 29 de Setembro, aprovou o Regulamento das Administrações Regionais de Saúde.

Na quarta fase, de 1995 a 2002, verifica-se o retomar da ideologia do SNS.

Em 1999, com o Decreto-Lei n.º 286/99, de 27 de Julho, foram estruturados os serviços de saúde pública, no âmbito dos quais se integrava o exercício dos poderes de autoridade de saúde.

Através do Decreto-Lei n.º 374/99, de 18 de Setembro, criaram-se os centros de responsabilidade integrados nos hospitais do SNS. Estes centros constituíam estruturas orgânicas de gestão intermédia, que agrupavam serviços e/ou unidades funcionais homogêneas e ou afins. A descentralização da tomada de decisão, do planeamento e do controlo dos recursos visava introduzir a componente empresarial na gestão destas unidades, com o objectivo de aumentar a eficiência e melhorar a acessibilidade, através de um maior envolvimento e responsabilização dos profissionais na gestão dos recursos à sua disposição.

Com o Despacho Normativo n.º 61/99, vincou-se a distinção entre prestação e financiamento dos cuidados de saúde e apareceram as agências de contratualização dos serviços de saúde. Estas tinham como missão explicitar as necessidades de saúde e defender os interesses dos cidadãos e da sociedade.

Neste ano foi, ainda, estabelecido o regime dos Sistemas Locais da Saúde, através de Decreto-Lei n.º 156/99. Baseavam-se num conjunto de recursos articulados na base da complementaridade e, organizados segundo critérios geográfico - populacionais, que visavam facilitar a participação social. Estes sistemas eram constituídos pelos centros de saúde, hospitais e outros serviços e instituições, públicos e

privados, com ou sem fins lucrativos, com intervenção directa ou indirecta, no domínio da saúde, numa certa área geográfica ou numa região de saúde.

Também em 1999, através do Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de Maio, estabeleceu-se um novo regime de criação, organização e funcionamento dos centros de saúde. Estes ficariam conhecidos como “centros de saúde de terceira geração”. A regulamentação destas instituições era, até à data, desenvolvida segundo bases desactualizadas devido à evolução da prestação dos cuidados da saúde, que se caracterizou por uma crescente complexidade técnica, bem como, às mais recentes exigências das instituições e serviços de saúde que, numa perspectiva multidisciplinar e de forma efectiva e eficiente, passaram a ser centrados no cidadão e orientados para a obtenção de ganhos em saúde. Como tal, e reconhecendo que os centros de saúde eram as primeiras entidades responsáveis pela promoção e melhoria dos níveis de saúde da população de determinada área geográfica, o Governo reformulou o respectivo quadro legal, e dotou-os de personalidade jurídica criando um nível de gestão local, com base numa matriz organizacional, simultaneamente flexível e funcional, com base numa hierarquia técnica efectiva. Estas medidas permitiram aos centros de saúde alcançar um nível de autonomia equivalente ao dos hospitais.

Numa quinta fase, de 2002 a 2005, é nítida o objectivo de eficiência, assentando num sistema misto de complementaridade entre o sector público, o sector social e o sector privado.

Segundo Simões (2004), a estrutura actual do hospital público Português resulta de vários conjuntos legislativos que têm a sua origem na legislação de 1968 e se prolongam, em relação a importantes princípios estruturantes, até ao ano 2002. O que releva deste modelo de organização hospitalar é fundamentalmente a distinção entre a prestação de cuidados aos doentes e as funções gerais, que apoiam o hospital na sua função principal. No entanto, os anos subsequentes a 2002 trouxeram reformas e importantes alterações estruturais e organizacionais, que procuram melhorar a gestão do SNS, fundamentalmente no que diz respeito à sua sustentabilidade económico-financeira, concedendo maior autonomia de gestão e responsabilização e impondo maior exigência no controlo financeiro e social, tudo assente numa reforma

organizacional baseada na separação entre o prestador dos cuidados de saúde e o financiador.

Em 2002, com o Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de Agosto, que foi depois alterado pelo Decreto-Lei n.º 86/2003, de 26 de Abril, e novamente pelo Decreto-Lei n.º 141/2006, de 27 de Julho, foi definido o regime jurídico das parcerias em saúde com gestão e financiamento privados. A partir deste momento, o Governo passou a dar prioridade ao aprofundamento das experiências inovadoras de gestão de natureza empresarial e de mobilização do investimento não público no sistema de saúde, fazendo participar crescentemente os sectores privado e social nos diferentes modelos e formas contratuais. Esta nova mentalidade visava a obtenção de uma progressiva racionalização das funções de financiamento, contratação e da prestação de cuidados de saúde. Assumindo particular destaque para a Reforma da Saúde, o estabelecimento de parcerias público - privadas, através da concessão da gestão de unidades prestadoras de cuidados a entidades privadas ou de natureza social ou através do investimento conjunto entre estas entidades e o Estado, segundo princípios de eficiência, responsabilização, contratualização e de demonstração de benefícios para o serviço público de saúde, tinham como objectivo principal melhorar os serviços e minorar custos, com partilha de riscos e benefícios entre as entidades públicas que tinham a responsabilidade pelos serviços públicos e outras entidades que se lhes associassem com carácter duradouro. Devido à importância desta área, e para que as parcerias fossem feitas articuladamente e com uma perspectiva sistemática, foi publicado este diploma enquadrado para o estabelecimento das parcerias em saúde em regime de gestão e financiamento privados. Para tal, recorreu-se ao contrato de gestão previsto na Lei de Bases da Saúde, que serviu de modelo para todos os meios necessários para as estabelecer. Este contrato constituía um elemento de natureza concessória que tinha por referencial um estabelecimento de saúde prestador, podendo através dele, o Estado associar privados na prossecução do serviço público de saúde com transferência e partilha de riscos e recurso a financiamento de outras entidades. O contrato de gestão revestia a natureza de verdadeiro contrato de concessão de serviço público embora, no âmbito da saúde, o Estado mantivesse um maior grau de responsabilidade, devido ao facto de ser necessário que todos os cidadãos, sem excepção, tivessem acesso a cuidados de saúde através de um serviço nacional que observasse as características de generalidade e universalidade,

ainda que com o concurso de outras entidades na sua gestão. Deste modo, o regime jurídico das parcerias tinha uma amplitude que permitia acolher opções que envolvessem a simples participação de outras entidades no âmbito dos estabelecimentos de saúde com exclusão de responsabilidade pelas prestações de saúde e, portanto, sem transferência de risco quanto a estas.

A Lei de Bases da Saúde, criada em 1990, sofre a primeira alteração através da Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro, que aprovou o novo regime jurídico da gestão hospitalar. Procede-se a duas importantes alterações: o contrato individual de trabalho como regime laboral aplicável aos profissionais que trabalham no SNS e a criação de unidades de saúde com natureza de sociedades anónimas de capitais públicos. Em relação ao financiamento pelo Orçamento de Estado, acrescentou uma cláusula pelo qual passaria a ser feito através do pagamento dos actos e actividades efectivamente realizados segundo uma tabela de preços que consagrava uma classificação dos mesmos actos, técnicas e serviços de saúde. Em relação à natureza jurídica, este documento contemplou que os hospitais integrados na rede de prestação de cuidados de saúde pudessem revestir as seguintes figuras jurídicas:

- Estabelecimentos públicos dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa, e financeira, com ou sem autonomia patrimonial;
- Estabelecimentos públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial e natureza empresarial;
- S.A. de capitais exclusivamente públicos;
- Estabelecimentos privados, com ou sem fins lucrativos.

A nova gestão dos hospitais, que continuariam a pertencer ao sector público administrativo (SPA), baseava-se nalguns princípios interessantes em termos de procura de eficiência:

- Garantia de utilização eficiente da capacidade instalada, de modo a alcançar uma taxa óptima da utilização dos recursos disponíveis;
- Elaboração de planos anuais e plurianuais e celebração de contratos-programa com a ARS respectiva, onde se definem objectivos a atingir e os indicadores de

actividade que permitam aferir o desempenho das respectivas unidades e equipas de gestão;

- Avaliação dos titulares dos órgãos de administração e outros profissionais, de acordo com o mérito do seu desempenho, sendo este aferido pela eficiência demonstrada na gestão de recursos e pela qualidade dos cuidados prestados aos utentes;

- Promoção de um sistema de incentivos com o objectivo de apoiar e estimular o desempenho dos profissionais envolvidos, com base nos ganhos de eficiência conseguidos.

Em relação às SA de capitais exclusivamente públicos definiu-se que:

- Se deveriam reger pelo definido no diploma, bem como pelo regime jurídico do sector empresarial do estado (SEE), pela lei reguladora das S.A. e, pelas normas especiais cuja aplicação decorresse do seu objecto social e do seu regulamento;

- A titularidade do capital social pertencia apenas ao Estado e a empresas de capitais exclusivamente públicos, nos termos a definir nos respectivos diplomas de criação;

- Os direitos do Estado como accionista, bem como os poderes de tutela económica, seriam assegurados conjuntamente pelos Ministérios das Finanças e da Saúde, de acordo com o regime jurídico aplicável e as orientações estratégicas definidas;

- Competia ao Ministro da Saúde verificar o cumprimento, pelos hospitais, das orientações relativas à execução da política nacional de saúde, podendo determinar especiais deveres de informação;

- Através deste processo de empresarialização, onde os hospitais passaram do SPA para o SEE, transformaram-se 36 hospitais em 31 S.A. de capitais exclusivamente públicos.

A partir do Decreto-Lei n.º86/2003, de 26 de Abril que o Governo, através do Ministério das Finanças, assumiu que, devido às transformações dos sistemas sociais

que se vinham a dar ao longo dos tempos, o Estado passava a assumir novas funções, inclusive produtivas, de satisfação das necessidades sociais e públicas. Estas transformações aumentaram a despesa pública, e provocaram aumentos inoportáveis de endividamento público, sem o equivalente aumento da qualidade dos serviços públicos prestados aos cidadãos. Como resposta, alterou-se o entendimento quanto ao papel do Estado na economia e, mais genericamente, quanto à forma de satisfação das necessidades colectivas. Concluiu-se que era possível tirar proveito da maior capacidade de gestão do sector privado, melhorando a qualidade do serviço prestado e gerando poupanças consideráveis na utilização de recursos públicos. O estabelecimento de relações com privados, em regime de parceria público - privada, iria transferir para os segundos, os riscos tecnológicos e operacionais, com os quais se encontravam mais familiarizados.

Embora já estivesse prevista a intervenção de uma entidade reguladora sectorial para o sistema de saúde no que respeitava a situações de participação ou cooperação de entidades privadas ou sociais no âmbito do serviço público de saúde, o Decreto-Lei n.º 309/2003, de 10 de Dezembro criou a entidade reguladora actual (ERS), tendo como objectivos principais garantir a universalidade no acesso aos cuidados de saúde e a promoção de adopção de regras adequadas de concorrência entre os operadores.

A sexta fase decorre de 2005 até aos dias de hoje, procurando uma combinação entre a ideologia do SNS e ganhos de eficiência.

Através de Decreto-Lei n.º 93/2005, de 7 de Junho, deu-se seguimento ao aprovado pela Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro, que procedeu à transformação de 36 estabelecimentos hospitalares do SPA em 31 instituições do SEE, (processo que havia sido iniciado em 1998 com a criação do Hospital de São Sebastião, em Santa Maria da Feira), e determinou-se a transformação das 31 unidades (S.A.) em entidades públicas empresariais (EPE).

Através de Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de Dezembro, transformaram-se de facto as entidades anteriores em entidades públicas empresariais, e conferiu-se a natureza EPE ao Hospital de Santa Maria e ao Hospital de São João, até então integrados no SPA.

Na mesma filosofia, criaram-se também o Centro Hospitalar (CH) de Lisboa Ocidental, EPE, integrando o Hospital de Egas Moniz, S.A., o Hospital de São Francisco Xavier, S.A., e o Hospital de Santa Cruz, S.A.; o CH de Setúbal, EPE, integrando o Hospital de São Bernardo, S.A., e o Hospital Ortopédico de Santiago do Outão, S.A.; e o CH do Nordeste, EPE, integrando o Hospital Distrital de Bragança, S.A., o Hospital Distrital de Macedo de Cavaleiros e o Hospital Distrital de Mirandela. Aprovaram-se os respectivos estatutos.

Com o Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho criou-se a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Esta necessidade apareceu devido ao facto de a mortalidade e da natalidade terem diminuído, o que implicou um progressivo envelhecimento da população. Este aumento da esperança média de vida fez com que se verificassem carências ao nível dos cuidados de longa duração e paliativo, decorrentes do aumento da prevalência de pessoas com doenças crónicas incapacitantes

Através do Decreto-Lei n.º 50-A/ 2007, de 28 de Fevereiro procedeu-se à transformação de mais sete hospitais em entidades públicas empresariais, modelo considerado mais adequado à gestão das unidades de cuidados de saúde diferenciados. As novas entidades foram as seguintes:

- Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE;
- CH de Lisboa Central, EPE, por fusão do CH de Lisboa (Zona Central) com o Hospital de D. Estefânia e o Hospital de Santa Marta, EPE;
- CH de Coimbra, EPE;
- CH de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE, por fusão do CH de Vila Real/ Peso da régua, EPE, com o Hospital Distrital de Chaves e o Hospital Distrital de Lamego;
- CH do Médio Ave, EPE, por fusão do Hospital Conde de São Bento-Santo Tirso com o Hospital São João de Deus, EPE;
- CH do Alto Ave, EPE, por fusão do Hospital da Senhora de Oliveira, Guimarães, EPE, com o Hospital de São José – Fafe;
- CH de Vila Nova de Gaia/ Espinho, EPE, por fusão do CH de Vila Nova de Gaia e do Hospital Nossa Senhora da Ajuda-Espinho.

Através do Decreto-Lei n.º 50-B/2007, de 28 de Fevereiro, criou-se a Unidade Local de Saúde (ULS) do Norte Alentejano, agregando numa única Entidade Pública Empresarial (EPE) os hospitais e centros de saúde existentes no distrito de Portalegre, com vista à optimização dos recursos e consequente melhoria da prestação dos diferentes tipos de cuidados, incluindo os cuidados de saúde continuados, à população daquele distrito.

Através do Decreto – Lei nº 326/2007, de 28 de Setembro, criou-se:

- CH do Porto – por fusão do Hospital Santo António, Hospital Crianças Maria Pia e a Maternidade de Júlio Dinis;
- CH do Tâmega e Sousa – por fusão Hospital Padre Américo – Vale de Sousa, EPE, e o Hospital São Gonçalo, EPE.

Com o Decreto-Lei n.º 23/2008, de 8 de Fevereiro criou-se o CH Lisboa Norte EPE por fusão do Hospital Santa Maria EPE com o Hospital Pulido Valente EPE.

O Decreto-Lei n.º 180/2008 de 26 de Agosto atribui o estatuto EPE a mais três instituições, a saber, o Hospital de Faro EPE, os Hospitais da Universidade de Coimbra EPE e o CH Póvoa do Varzim / Vila do Conde EPE.

Após a publicação do Decreto-Lei n.º 183/2008, de 4 de Setembro, criou-se a ULS do Baixo Alentejo EPE, composta pelo CH Baixo Alentejo EPE e pelos centros de saúde do distrito de Beja (com excepção de Odemira); a ULS da Guarda, por integração dos Hospitais de Sousa Martins (Guarda), Nossa Senhora da Assunção (Seia), e dos centros de saúde da Guarda (com excepção de Vila Nova de Foz Côa e Aguiar da Beira) e ainda, a ULS do Alto Minho EPE composta pelo CH do Alto Minho EPE e pelos centros de saúde do distrito de Viana do Castelo.

Através da Portaria 83/2009, de 22 de Janeiro cria-se o CH do Oeste Norte, pessoa colectiva de direito público, dotado de autonomia administrativa e financeira e património próprio, que integrou o CH das Caldas da Rainha, o Hospital de Alcobaça Bernardino Lopes de Oliveira e o Hospital de São Pedro Gonçalves Telmo, Peniche.

Com o Decreto-Lei n.º 27/2009, de 27 de Janeiro criou-se o Hospital Magalhães Lemos EPE e o CH de Entre o Douro e Vouga, EPE que integrou o Hospital de São

Sebastião EPE, o Hospital Distrital de São João da Madeira e o Hospital de São Miguel – Oliveira de Azeméis.

O Decreto-Lei n.º 280/2009, de 6 de Outubro criou o CH Barreiro Montijo EPE, através da junção do Hospital de Nossa Senhora do Rosário EPE com o Hospital do Montijo. Finalmente, o Decreto-Lei n.º 303/2009, de 22 de Outubro criou o Hospital do Litoral Alentejano EPE.

O Decreto - Lei n.º 30/2011, de 2 de Março procedeu à criação das seguintes entidades:

- CH de São João, EPE, por fusão do Hospital São João, EPE e do Hospital Nossa Senhora da Conceição de Valongo, SPA;
- CH e Universitário de Coimbra, EPE, por fusão dos Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE, do CH de Coimbra, EPE, e do CH Psiquiátrico de Coimbra;
- CH Baixo Vouga, EPE, por fusão do Hospital Infante D. Pedro, EPE, do Hospital Visconde Salreu de Estarreja e do Hospital Distrital de Águeda;
- CH Tondela – Viseu, EPE, por fusão do Hospital Cândido de Figueiredo e do Hospital São Teotónio, EPE;
- CH Leiria – Pombal, EPE, por fusão do Hospital Santo André, EPE, e do Hospital Distrital de Pombal;
- CH Porto, EPE alterou a natureza por fusão do CH Porto, EPE e do Hospital Joaquim Urbano.

1.2. As Reformas do modelo de Gestão Hospitalar

Os hospitais desempenham um papel importante no desenvolvimento da medicina. É neles que trabalha grande parte dos profissionais do Ministério da Saúde. De acordo com Barros (2005), um hospital pode ser entendido como uma instituição onde as pessoas recebem tratamento médico. O mesmo autor acrescenta que um fator que identifica um hospital é a prestação de cuidados de saúde com internamento. Dada a importância deste tipo de unidades nos sistemas de saúde por todo o mundo, importa

abordar, os principais aspectos da sua gestão, confrontando a gestão pública com a gestão empresarial, abordando questões centrais da política, particularmente associados à sua gestão.

1.2.1. Diferentes perspectivas entre Gestão Pública e Gestão Privada

O funcionamento e estrutura do hospital torna-o numa empresa com algumas características diferentes das empresas habituais. No que se refere à estrutura interna, o hospital é uma organização bastante complexa, existindo simultaneamente diferentes estruturas hierárquicas: estrutura hierárquica médica e estrutura hierárquica administrativa. A relação de poder e autoridade num hospital torna-o diferente de uma empresa habitual. Barros (2005) explica que um hospital tem duas fontes de poder (ou decisão) completamente distintas: os Administradores Hospitalares e os Médicos. O Hospital é, palco de dois poderes, os administradores actuam como fornecedores de factores produtivos que são procurados pelos médicos, e as decisões nos hospitais resultam da interacção entre duas classes de agentes.

Segundo Costa (2005), as relações entre gestores e médicos são difíceis de regular e manter. Um dos problemas deve-se, do lado dos gestores, à necessidade imperiosa de racionar recursos e o desconhecimento relativo da efectividade e do valor das medidas de efectividade que são úteis para os clínicos. Por outro lado, os médicos colocam-se frequentemente numa posição de conhecimento superiormente esclarecido que lhes veda a percepção do custo económico das suas intervenções, aspecto considerado não ético, mesmo quando a frequência e a qualidade dos seus registos são imperfeitos. Ao longo dos anos esta situação tem vindo a modificar-se. Os clínicos começam a despertar para a necessidade de justificarem as suas opções e decisões, até em termos sociais, a compreenderem a necessidade de colaborarem de forma activa com quem gere os recursos e até começam a despertar o interesse pelo estudo na área da gestão, de forma a não perderem a oportunidade de, juntamente com os seus pacientes, utilizarem a melhor tecnologia disponível. A ética da relação individual passou a ser a ética da afectação de recursos. O factor económico passou a ser considerado na gestão como recurso limitado, por exemplo, um orçamento para medicamentos terá de

determinar a, ou ser determinado pela, relação entre preço, fundos disponíveis, número de potenciais beneficiários, o seu poder de compra, e a eficácia do tratamento (Costa, 2005).

Assiste-se a uma mudança de filosofia pública, de acordo com Simões (2004), o Estado deixa de ser produtor, empresário e principal prestador de serviços públicos, os quais passam a ser dirigidos por empresas privadas ou por organizações não - lucrativas, por delegação do Estado ou em parcerias público - privadas. Privatizando, revitaliza-se a Economia, reduzindo os impostos e recentrando as decisões sobre investimentos dos políticos para os gestores e proprietários das empresas, e melhora-se a eficiência.

O Estado assume, assim, sobretudo um papel de regulador, de organizador e de comprador de serviços públicos. As razões para esta redução do papel do Estado “empresário” podem resumir-se a quatro (Simões, 2004):

- 1) Ineficiência das empresas públicas;
- 2) Necessidade de diminuir o desequilíbrio das contas públicas, através da alienação de património e da eliminação dos défices das unidades privatizadas;
- 3) Redução do peso político dos sindicatos e das clientelas partidárias;
- 4) Promoção do acesso generalizado à propriedade directa do capital das empresas.

É neste contexto que assiste-se, em quase todo o mundo desenvolvido, ao incremento de uma filosofia administrativa, *New PublicManagement* (NPM), que se pode designar como a Administração Pública de tipo Empresarial (Simões, 2004), e na qual se pretende que o sector público não seja um grande empregador, mas sim promova um bom serviço a um preço ou taxa baixa, isto é, disponibilize ao cliente bens e serviços de maior qualidade ao menor custo. O modo como o sector público se relaciona com a sociedade e o governo, rumo à descentralização indica cada vez mais a adopção destes princípios de filosofia com base numa forte *accountability*, uma maior transparência de missão, objectivos, estratégias e resultados. Assim se introduz a visão económica nas instituições públicas.

Segundo Simões (2004) os principais objectivos da NPM resumem-se de acordo com o seguinte quadro.

Quadro 1 -Objectivos NPM

Objectivos NPM	
‣	Substituição da gestão pública tradicional por processos e técnicas de gestão empresarial
‣	Profissionalização e autonomia da gestão
‣	Explicitação das medidas de desempenho
‣	Ênfase nos resultados e na eficiência
‣	Liberdade de escolha do consumidor
‣	Fragmentação das grandes unidades
‣	Concorrência entre unidades
‣	Adopção de estilos de gestão empresarial

Fonte: Adaptado de Simões (2004)

O conceito de NPM, surgiu nos países com influência anglo-saxónica (no Reino Unido e nos EUA e, posteriormente, na Austrália e na Nova Zelândia), foi sendo desenvolvido por outros países, iniciou em actividades do tipo comercial e industrial e, ultimamente, para a área social, influenciando fortemente o sector da saúde. Esta prática progressivamente disseminada nos países da OCDE emergiu no início dos anos noventa como uma nova visão de governação, mais voltada para a adopção da gestão empresarial e de mecanismos de mercado dando ênfase na clarificação da responsabilidade, melhoria do desempenho, responsabilização e prestação de contas aos utilizadores (*accountability*).

A NPM, como modelo alternativo defende que o governo só deveria intervir nas actividades que não podem ser privatizadas ou geridas por privados, e empregar meios que possibilitassem a apresentação de várias opções aos cidadãos. Este novo modelo sugere um papel específico ao administrador, especialmente a administradores empreendedores, em que lhe é permitido o melhoramento da eficiência e produtividade através da gestão por resultados (Harfouche, 2008).

A NPM pode impulsionar impactos fortes e directos nas organizações públicas no curto prazo, num espaço de três a quatro anos — relativamente à definição de objectivos (finalidades), sistemas de incentivos, sistemas de prestação de contas/responsabilização e mudanças na legitimidade em termos de controlo, poder e responsabilidade da gestão - decorrentes de decisões políticas tomadas, de acordos e contratos claramente definidos, e utilização de ferramentas de avaliação suportadas em

inquéritos aos clientes (utilizadores). Espera-se que esta primeira vaga de mudanças impulse uma segunda vaga, num espaço de quatro a oito anos, ao nível dos sistemas administrativos, da estrutura organizacional, das tarefas organizacionais e dos processos de trabalho. Estes impactos tendem a ser indirectos, necessitando de tempo para evoluir e de demonstrar o seu valor antes de serem aceites (Raposo, 2007).

De acordo com Shaw (2004), a implementação de práticas de NPM na Administração Pública pode ser feita recorrendo a cinco estratégias, resumidas no quadro que se segue.

Quadro 2 - Estratégias NPM

Estratégias NPM	
‣	Gestão de desempenho pessoal
‣	Orçamentos de acordo com o desempenho
‣	Autonomização
‣	Gestão da concorrência e contrato de
‣	Empresarialização

Fonte: Adaptado de Shaw (2004)

A separação entre políticas e gestão é um aspecto importante na NPM. Os gestores devem estar dotados de autonomia para desempenhar as suas funções, tendo em conta os objectivos previamente estabelecidos bem como os instrumentos de gestão necessários. A ideia consiste em, por um lado, utilizar os instrumentos geralmente aplicados no sector privado, nos serviços públicos de forma ajustada e, por outro lado, em exigir aos gestores públicos que utilizam estes instrumentos, a responsabilidade pelos resultados (Harfouche, 2008).

A NPM terá trazido benefícios para os serviços públicos, ajudando a racionalizar despesas, promovendo melhores serviços e mais inovação. Mas, como qualquer modelo, está também sujeito a críticas: em primeiro lugar por não estar demonstrado que a gestão empresarial é melhor que a gestão pública tradicional, e que o papel dos cidadãos possa ser reduzido ao de consumidores. Por outro lado, os governos alheiam-se das responsabilidades de funcionamento dos serviços públicos e pretendem simultaneamente controlar o seu funcionamento. Finalmente, é difícil medir o desempenho e eficiência de muitos serviços públicos. Um dos problemas que mais

polémica tem levantado é o da responsabilidade dos gestores, e sob quem deverão ser responsabilizados: perante o poder político ou perante os consumidores? (Simões, 2004).

No quadro que se segue analisar comparativamente as filosofias entre a Gestão Pública Tradicional e a NPM.

Quadro 3 - Comparação de perspectivas da filosofia de Gestão Pública vs NPM

	Administração Pública Tradicional	<i>NPM</i>
Princípios teóricos e fundamentações epistemológicas	Teoria política: ciência social simplista	Teoria económica: ciência social positivista
Modelos de comportamento Humano associados	Racionalidade sinótica, "homem administrativo"	Racionalidade técnica e económica, "homem económico"
Concepção do interesse público	Definido politicamente e expresso através de lei	Conjunto dos interesses individuais
Destinatários do serviço público	Utentes	Clientes
Papel da Governação	Remar: desenhar e implementar políticas focadas num único objectivo politicamente definido	Guiar: agir como catalisador para libertar as forças do mercado
Mecanismos para atingir os objectivos políticos	Administrar programas através dos organismos públicos existentes	Criar mecanismos e incentivar estruturas para atingir objectivos políticos através de agências privadas e não-lucrativas
Prestação de contas	Hierárquicas - os administradores são responsáveis perante os líderes políticos eleitos	Dirigidas pelo mercado - a acumulação dos interesses próprios terá resultados desejados por alargados grupos de cidadãos (clientes)

Estrutura Organizacional	Organizações burocráticas	Organizações públicas descentralizadas com o controle primário mantendo-se dentro da agência
Base de motivação assumida para os funcionários e administradores públicos	Remuneração e benefícios sociais - Estabilidade	Espírito empreendedor, desejo ideológico de reduzir o tamanho do governo

Fonte: Denhardt, 2003

A procura de formas mais competitivas de exercer o poder executivo e de novos modelos de organização da prestação de serviços, entram no discurso político e incentivam a discussão em torno das diferenças entre o sector público e o sector privado.

É visível esta tendência no percurso na evolução dos modelos de gestão e estatutos jurídicos dos hospitais portugueses, nestes últimos anos, desde 2002, com a criação de 31 hospitais SA, em 2005 estes hospitais foram transformados em EPE, assistindo-se ainda à transformação e fusão de hospitais em Centros Hospitalares EPE.

1.2.1.1. As teorias de propriedade

Devido ao excesso de capacidade substancial, às mudanças de regulamentação e ao ambiente concorrencial, os hospitais consideram as fusões, aquisições e acordos de cooperação uma solução para a melhoria da competitividade. Esta evidência traduz a realidade que vem se reflectindo com a diminuição do número de hospitais e um aumento gradual do número de hospitais privados.

Face a este contexto, existe um número considerável de estudos empíricos que investigaram se os hospitais públicos e hospitais privados diferem em termos de eficiência produtiva de acordo com a propriedade a que estão associados.

Há teorias que enfatizam, que as diferenças na eficiência estão associadas a diferenças substanciais nos objectivos, incentivos e mecanismos de controlo entre os dois tipos de propriedade.

A **Teoria da Agência** assume que os agentes (gestores) buscam maximizar a sua utilidade. Como resultado, em todos os tipos de hospitais, os proprietários enfrentam um problema de agente – principal que contratam para a gestão. Supõe-se que os hospitais privados com fins lucrativos têm melhor forma de resolver o dilema de agente – principal e, portanto, o seu desempenho em termos de eficiência produtiva deverá diferir significativamente. Os hospitais com fins lucrativos têm lucro como medida de sucesso do gestor, sendo que são monitorizados facilmente porque os proprietários possuem dois objectivos claros: maximizar os lucros e maximizar o preço das acções, que são facilmente observáveis e mensuráveis, os proprietários podem limitar as divergências do seu interesse fazendo uma compensação positiva do gestor em função dos lucros, ou seja, uma correlação entre lucros, salários de gestão e promoção. Além disso, o vencimento dos médicos nos hospitais com fins lucrativos pode ser vinculado ao desempenho financeiro do hospital. Enquanto que, nos hospitais públicos e privados sem fins lucrativos, os médicos raramente têm o seu vencimento vinculado ao desempenho financeiro do hospital, não havendo por isso fortes incentivos para impor um comportamento eficiente. Assim, espera-se que os hospitais com fins lucrativos realizem um maior nível de eficiência do que os hospitais públicos e privados sem fins lucrativos (Reder 1965; Rice 1966; Newhouse 1970; Lee 1971; Pauly e Redisch 1973; 1974 Foster, 1976 Sloan, Fama e Jensen 1983; Jacobs e Rapoport, 2003). Pelo que, num contexto empresarial, orientado pelo lucro, o principal objectivo da gestão empresarial é o de garantir uma relação bem definida entre a propriedade e o controlo. A boa governação existe quando os gestores seguem de perto os objectivos dos proprietários. No caso dos hospitais sem fins lucrativos e dos hospitais públicos, como não existem verdadeiros proprietários, a ênfase coloca-se nos diversos interessados (contribuintes, doentes, médicos, enfermeiros, autoridades governamentais, seguradoras, etc.), muitas vezes defendendo aspectos, perspectivas e horizontes temporais, aparentemente incompatíveis (Golden, 2006, in Raposo, 2007), o que obriga o hospital a responder perante o interesse público.

Na **Teoria dos Direitos de Propriedade** a posse de uma organização envolve dois direitos fundamentais: o direito de controlar a organização; e o direito de se apropriar dos lucros da organização. Assim, o hospital público e hospital privado sem fins lucrativos estão impedidos de distribuir, de forma financeira, o lucro gerado, ou seja, uma restrição de não - distribuição. Dentro dos hospitais privados com fins lucrativos, distribuindo o lucro financeiro ao gestor é uma forma de lhe fornecer um incentivo à monitorização da actividade. Neste caso, espera-se que a monitorização seja automática e imposta pelo gestor e que os gestores têm fortes incentivos de se comportarem de acordo com o interesse do proprietário (Jacobs 1974; Clarkson 1972; Hansmann 1988). Além disso, as divergências entre os gestores e proprietários dos hospitais são mais reduzidas por mecanismos externos: o mercado dos direitos de propriedade que permite aos proprietários vender as suas acções, se não estiverem satisfeitos com a gestão de desempenho; a ameaça de aquisição; a ameaça de falência; e um extenso mercado de trabalho de gestores (Villalonga, 2000). Pelo que a teoria dos direitos de propriedade assume que hospitais privados com fins lucrativos estão associados a uma maior eficiência comparada com os outros hospitais.

A **Teoria da Escolha Pública** argumenta que os políticos impõem os seus objectivos aos hospitais públicos, a fim de ganhar votos, o que pode originar um conflito com a maximização do lucro e, consequentemente, com a eficiência produtiva. No caso dos hospitais privados sem fins lucrativos, Newhouse (1970) e Weisbrod (1988), argumentam que devido ao facto de lhes faltar o incentivo para maximizar o lucro, estes hospitais tendem a minimizar o comportamento do rigoroso controlo de custos e ineficiência, maximizando a qualidade, quantidade e/ou prestígio. Sloan (2000) ainda acrescenta que a eficiência de produção decairá se os objectivos forem vagos e contraditórios, que é tipicamente o que acontece nos hospitais públicos e privados sem fins lucrativos.

1.2.2. Reformas recentes do modelo de Gestão Hospitalar

Barros e Gomes (2002) referem que, em diversos países da UE, a contratualização é vista como instrumento para implementar os objectivos de política da

saúde. Os proponentes da contratualização apresentam quatro razões principais para a sua introdução:

1) Encorajar a descentralização da gestão – a contratualização permite uma delegação de responsabilidades ao longo da linha de gestão, possibilitando aos gestores de nível hierárquico inferior, mais poder para gastar os recursos de acordo com as necessidades das populações;

2) Melhorar o desempenho dos prestadores – as provisões contratuais bem definidas podem levar a melhor sobre as responsabilidades pouco claras, dando aos pagadores alavancas que permitam influenciar o comportamento dos prestadores;

3) Melhorar o planeamento do desenvolvimento dos cuidados de saúde – a contratualização como instrumento de planeamento oferece uma ligação directa entre o planeamento e a afectação de recursos;

4) Melhorar a gestão dos cuidados de saúde – um dos maiores objectivos da contratualização é encorajar um salto dos cuidados de internamento para os cuidados externos, além de intervenções médicas mais efectivas do ponto de vista dos custos.

A contratualização é transversal a todos os sectores da vida social e, portanto também o é na Saúde. A contratualização permite aumentar a descentralização da gestão, através do compromisso assumido entre o comprador e o prestador relativamente aos bens ou serviços a fornecer. O contrato - programa tem dois objectivos bem definidos (Harfouche, 2008):

- Permitir ao hospital programar a sua actividade com base num quadro plurianual, tão estável quanto possível, tendo em consideração os previsíveis meios financeiros de que disporá;
- Permitir uma melhor gestão orçamental ao SNS, determinando a quantidade de serviços clínicos que disponibilizará aos utentes e programando antecipadamente a despesa a efectuar.

Segundo Barros (2005), em termos de reformas na área dos cuidados hospitalares em Portugal, várias experiências têm sido tentadas, normalmente sem

acompanhamento e sem consequências. Dessas, serão destacadas seis experiências descritas seguidamente.

1.2.2.1.Gestão privada em hospital público

A Lei do SNS, no seu capítulo V, vem permitir a gestão de estabelecimentos do SNS através de contratos de gestão, do sistema de convenções e do regime de contratos programa.

A vantagem da gestão privada evidencia-se logo numa maior flexibilidade na gestão de recursos humanos, em particular, tem a possibilidade de usar sistemas de incentivos explícitos, nomeadamente incentivos financeiros introduzidos como forma de estimular a produtividade. Estes sistemas de incentivos estabelecem pagamentos variáveis de acordo com os resultados da equipa médica. Por outro lado, enquanto que num hospital público com gestão pública, esta é mais centralizada e não tem flexibilidade para acomodar modernas políticas de gestão de recursos humanos, a gestão privada pode contratar pessoal de forma relativamente livre.

Neste modelo de gestão hospitalar o hospital recebe financiamentos públicos, mas tem uma gestão privada e exterior ao SNS, como acontece no Hospital Fernando da Fonseca (Amadora-Sintra), a cargo do Grupo Mello.

1.2.2.2.Regras de gestão privada em hospitais públicos

As regras de gestão privada em hospitais públicos, segundo Barros (2005), permitem essencialmente duas diferenças face aos restantes hospitais do SNS: contratos individuais de trabalho e maior flexibilidade nas relações de aprovisionamento, pois a contratação de bens e serviços rege-se pelas normas do direito privado. Tudo o resto segue as regras dos restantes hospitais públicos. Trata-se então de uma modalidade de privatização da forma de gestão, que consiste no abandono dos meios tradicionais do direito administrativo, utilizando-se instrumentos do direito privado, concretamente, os mecanismos de mercado, que a OCDE há muito sugeria para a modernização da Administração Pública (Simões, 2004).

Os primeiros hospitais a regerem-se por estas regras foram: o Hospital de S. Sebastião, na Feira (1996), e o do Barlavento Algarvio (2001). As respectivas Administrações procuram atingir um elevado desempenho e instituíram um conjunto de incentivos financeiros, baseados em prémios de produtividade mensais e em bolsas de investigação anuais. Por outro lado, também se permitiu a realização de prática privada dentro do hospital para os médicos que aderissem ao sistema de incentivos.

O propósito deste sistema de incentivos é remunerar as diferenças individuais de produtividade, bem como alinhar os interesses individuais com os objectivos gerais da organização. O desempenho é medido por um conjunto de indicadores que incluem avaliações individuais, avaliações quantitativas da produção e dos custos unitários, bem como avaliações de satisfação por parte dos utentes.

Baseando a actividade desenvolvida em contratos-programa aprovados pela respectiva Administração Regional de Saúde com validade de três anos, como forma de responsabilização perante o Ministério da Saúde, a partir do momento em que estes contratos são assinados é conferida uma grande autonomia ao hospital, permitindo exercer em pleno o sistema de gestão empresarial (Simões, 2004).

1.2.2.3.Unidade Local de Saúde de Matosinhos

A Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM) foi criada em 1999. Nela procurou criar-se, desde logo, um modelo inovador de integração e de organização dos serviços prestadores de cuidados primários e hospitalares. Com efeito, um único órgão – o Conselho de Administração – dirigia não só o Hospital Pedro Hispano, como também os centros de saúde existentes no Concelho de Matosinhos – Matosinhos, Senhora da Hora, São Mamede de Infesta e Leça da Palmeira.

Este modelo de organização de serviços foi inovador pelo carácter integrador dos serviços que são prestados aos cidadãos, não fraccionando, ao nível da gestão, os cuidados primários e hospitalares (Simões, 2004). A política salarial da ULSM contemplava a atribuição de incentivos na forma de prémios de assiduidade, produtividade e qualidade do desempenho, e atribuição de bolsas de formação, que se

destinavam, no caso dos médicos, aos que tivessem optado pelo regime de contrato individual de trabalho por tempo indeterminado.

1.2.2.4. Centros de Responsabilidade Integrados

Os Centros de Responsabilidade Integrados (CRI), estruturas internas de um determinado Hospital, mas com gestão autónoma, são regulamentados pelo Decreto-Lei 374/99, de 18 de Setembro, tendo “como objectivo primordial a obtenção de um elevado grau de eficiência, (...) implicando a definição de novas regras de financiamento e de remunerações directamente dependentes do volume da actividade realizada, dos níveis de produtividade e da qualidade dos resultados obtidos”.

Barros (2005) explica que as motivações para o seu desenvolvimento são a desconcentração do processo de decisão, bem como do planeamento e do controlo dos recursos. Surgem como resultado de uma visão contabilística da organização em centros de custo. A ideia é conciliar, dentro do hospital, um conjunto de instrumentos para desburocratizar, agilizar e defender o melhor uso dos recursos, para além de instituir estruturas que levem mais facilmente à obtenção de ganhos em saúde, e à maior satisfação dos profissionais e dos utentes.

Os CRI são unidades de gestão intermédia, com poder de decisão, enquadrando-se no âmbito dos orçamentos - programa previamente contratualizados com o Conselho de Administração do hospital, contratos esses que deverão reflectir pagamentos de acordo com a produção contratualizada. Cada CRI têm o seu orçamento próprio, contratualizado anualmente com o Conselho de Administração do hospital de que dependem, e que constitui uma peça económica base, com vista ao exercício económico anual, traduzido na vertente dos proveitos pela receita originada com a produção de serviços e na vertente dos custos na despesa originada pela utilização dos meios de produção.

Admite-se a existência de sistemas de incentivos aos profissionais em que, para além da remuneração base, têm a possibilidade de receber uma remuneração variável, determinada com base em critérios objectivos e parâmetros mínimos de produtividade e qualidade.

Estes incentivos financeiros são aplicados segundo vários critérios, como a assiduidade e pontualidade, capacidade técnica, disponibilidade e relações interpessoais. Assim, 30% do total do prémio é distribuído proporcionalmente pelos elementos do serviço não excluídos, tendo como base os respectivos proveitos (salários, trabalho extraordinário, etc.). Os restantes 70% são distribuídos de acordo com a performance individual. A atribuição de incentivos depende do cumprimento dos objectivos definidos no contrato-programa e por isso também foram estabelecidos alguns critérios de exclusão total (ausência >10 dias ou >20 dias em caso de doença grave com necessidade de internamento) ou parcial, tendo em conta que a exclusão de alguns resulta no aumento do prémio dos restantes, que têm de assumir o cumprimento das tarefas dos ausentes, o que acaba por constituir um factor de justiça.

O sucesso destas experiências baseia-se nos princípios de liderança, atribuição e assunção de responsabilidades, gestão eficiente dos recursos materiais e humanos e atribuição dos prémios de desempenho. A celebração dos contratos-programa implica uma relação de confiança recíproca entre a Administração Hospitalar e a Direcção do CRI, que não pode ser afectada por factores circunstanciais (Moutinho, 2007).

1.2.2.5.Hospitais S.A.

Em Janeiro de 2003, pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 15/2003, foram criados os Hospitais S.A.. Esta resolução pretendeu a satisfação das necessidades dos utentes em tempo útil e com qualidade, e a contenção da despesa pública. A criação deste novo modelo de gestão, deveria ser vista como um meio de maximizar a eficiência das instituições que compõem a rede hospitalar portuguesa. No entanto, não deixa de ser importante referir que a escolha do conjunto de hospitais a transformar em S.A., incidia sobre aqueles que potencialmente teriam condições para demonstrar uma boa performance, e assim justificar esta aposta.

A Lei de Bases da Saúde de 1990, há muito que previa expressamente que, na medida do possível, a gestão das unidades de saúde devia obedecer a regras de gestão empresarial. O Governo pretendeu assim, por uma nova via, conferir ao Estado um papel de accionista, dinamizar e multiplicar a dimensão dessa experiência, fomentando

um clima de competitividade e um novo nível de exigência e de profissionalismo de gestão que viesse a permitir ganhos de eficiência significativos na rede hospitalar.

Com a transformação da natureza jurídica de 34 dos hospitais em 31 S.A. de capitais exclusivamente públicos, pretendeu-se assim consagrar uma crescente autonomia de gestão dos hospitais, em moldes mais próximos da realidade empresarial, estabelecendo-se simultaneamente a separação da função de prestador de cuidados de saúde da função de financiador público do SNS, ficando assegurado o carácter geral, universal e tendencialmente gratuito deste.

Por outro lado, a contabilidade destes hospitais passa a ser controlada através de um auditor interno, continuando o financiamento público, com uma gestão que não permite a entrada de capitais privados. Desta forma os S.A. não são, por isso, mais do que hospitais públicos transformados em S.A., mas de capitais exclusivamente públicos, e que podem funcionar com regras de gestão diferentes das dos demais hospitais do sector público.

Esta empresarialização, segundo Raposo (2007), iniciada ainda em 2002, adoptando a figura jurídica de S.A., após as experiências inovadoras de gestão, referidas nos pontos anteriores, efectuadas entre 1996 e 2001, que não tiveram a necessária replicação em termos de modelo, pretendeu sobretudo resolver os problemas de gestão identificados e discutidos, que eram sentidos nos hospitais públicos.

Um estudo realizado pela Escola Nacional de Saúde Pública (Costa e Lopes, 2005), cujo objectivo foi avaliar o desempenho de 31 hospitais - empresa, de 2001 a 2004, não de um ponto de vista económico, mas de impacto nos cuidados prestados, comparando-os com outras 61 unidades que se mantiveram com a gestão pública tradicional (Sector Público Administrativo), conseguiu evidenciar que estes hospitais S.A. conseguiram um acréscimo de produção hospitalar, o que influenciou positivamente o desempenho económico em relação aos do SPA.

Uma Comissão da Avaliação, entretanto nomeada pelo então Ministro da Saúde, concluiu e apresentou em 11 de Janeiro de 2006, um relatório, estruturado em três partes, que apresentava a metodologia seguida na medição do impacto da transformação

dos Hospitais do SNS em Hospitais S.A., e que apresentou várias conclusões, das quais evidenciamos algumas:

- Os Hospitais S.A. conseguiram melhorias de eficiência, com aumentos de produção superiores aos aumentos dos custos, sem prejudicar os níveis de qualidade e o acesso aos cuidados;
- O modelo de financiamento, de contratação e de gestão do sistema tem falhas de coordenação; é necessário repensar o sistema, em particular dinamizando o papel das Agências de Contratualização, para que os Hospitais S.A. se articulem melhor com a rede que integram, por exemplo evitando a duplicação de equipamentos;
- Há pouca sensibilidade para a efectiva redução de consumos; os níveis de eficiência mais altos são usados para produzir mais e quase nunca para produzir o mesmo com menos custos;
- Ocorreram erros graves nas políticas de recursos humanos, com uma «falsa partida» na atribuição de incentivos, gerando uma frustração evidente nos quadros dos hospitais; a inexistência de Contrato Colectivo de Trabalho tem igualmente consequências negativas.

Quanto à sustentabilidade financeira dos S.A., começava a existir alguma evidência no sentido de não estarem a corresponder às expectativas, já que no exercício de 2003 houve uma derrapagem nos prejuízos, que seriam superiores aos de 2001, para além de não se verificar qualquer efeito real sobre o volume de receitas próprias. O resultado líquido negativo em 2003 fixar-se-ia nos 400 milhões de euros, duplicando o resultado líquido (também negativo) verificado em 2001, ano anterior à empresarialização. Claramente que, para este resultado, contribuiu a inexistência de mecanismos explícitos de contratualização, quer interna quer externa (situação comum aos hospitais do SPA), o que fazia com que os S.A., estruturados no plano teórico como empresas, continuassem, na prática, a aguardar a cobertura dos seus défices, sem responsabilização pelos resultados económico-financeiros (OPSS, 2009).

De acordo com o Relatório do Orçamento de Estado para 2004, “os Hospitais S.A. seriam financiados com base num contrato-programa plurianual celebrado entre o Ministério da Saúde e o Hospital, sendo utilizada uma tabela de preços com base na

qual o SNS pagaria a esses hospitais; essa “tabela de preços foi calculada com base nas produções contratadas, com uma margem de 10%. Acima desse patamar é pago apenas o custo marginal”.

Destas conclusões resultaram várias críticas ao modelo de financiamento dos Hospitais S.A., com várias demissões de administradores, o que precipitou a alteração do modelo e a passagem destes hospitais a EPE.

1.2.2.6.Hospitais EPE

Na continuação desta empresarialização dos hospitais em Portugal, em 2005 estes passam a adoptar a figura jurídica de Entidades Públicas Empresariais (EPE), substituindo os Hospitais S.A., colocando em disputa o modelo mais tradicional (SPA) face a um modelo mais empresarial (EPE), que supostamente adoptaria práticas, métodos e ferramentas da gestão privada, e lhes concederia um maior grau de autonomia (Raposo, 2007).

Esta implementação governamental foi concretizada com a publicação do Decreto-Lei nº 233/2005, que determinou a transformação em EPE de 31 unidades de saúde às quais havia sido atribuído o estatuto de S.A. de capitais exclusivamente públicos. Para a transformação de hospitais S.A. em EPE foram utilizados diversos critérios de escolha, partindo sempre de uma adesão voluntária de hospitais. Os principais critérios utilizados foram a dimensão, tipologia de actividade e representatividade regional.

O processo de empresarialização hospitalar insere-se numa política de modernização e revitalização do SNS que pressupõe a adopção de uma gestão inovadora com carácter empresarial orientada para a satisfação das necessidades dos utentes. Pretende-se que estas unidades disponibilizem um melhor acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde, e promovam o desenvolvimento e o mérito dos respectivos profissionais.

Contudo, as mudanças efectuadas pecaram por terem privilegiado excessivamente a componente jurídica, nomeadamente as questões relacionadas com o

estatuto jurídico, subestimando, em contrapartida, a intervenção no redesenho da organização – implementação de modelos de contratualização interna com a descentralização da decisão nas linhas de produção, a aposta na gestão da informação e do conhecimento como recurso estratégico para o apoio a essa decisão e à gestão central, a implementação da gestão por objectivos, entre outros.

Com os Hospitais EPE procura-se que, através de um modelo de gestão empresarial e rigoroso, os utentes possam vir a beneficiar de melhorias muito concretas, ao nível da qualidade clínica, da facilidade de acesso a profissionais especializados, de melhoria de serviço e atendimento. O modelo empresarial é um modelo de gestão por objectivos, centrado no utente, que proporciona inúmeras vantagens para estes.

Também a motivação dos profissionais de saúde que prestam serviço nestes hospitais, é um factor fundamental que assegura o sucesso da empresarialização. Para essa motivação acrescida, contribuirão a lógica de maior autonomia e responsabilização implícitas na nova organização, a nova cultura de serviço aos utentes e a preocupação constante na melhoria efectiva de condições de trabalho.

Uma das intenções da implementação da gestão empresarial nos hospitais foi garantir menor desperdício de recursos e, segundo o documento consultado no portal dos Hospitais EPE, foi conseguido com a gestão por objectivos, bem como com a introdução da lógica de apresentação de resultados, que constituem importantes instrumentos indutores de eficiência. Na prática, os Hospitais EPE passam de uma cultura de orçamento anual baseado em custos históricos, para uma cultura de performance baseada na optimização da gestão.

Quanto às fontes de receita dos Hospitais EPE, a principal é gerada pelo SNS que contrata produção a cada hospital por linha de actividade. As linhas de actividade consideradas são as altas de internamento, as consultas externas, as sessões de hospital de dia e os episódios de urgência. Em média, o SNS é responsável por cerca de 80% das receitas anuais dos hospitais empresa. A restante base de receitas é assegurada pelos subsistemas de saúde, empresas seguradoras e privados.

1.2.2.7.Parcerias Público - Privadas

O anúncio em 2001, da primeira vaga de hospitais do programa de Parcerias Público - Privadas (PPP) para a saúde, deu-se sob o XIV Governo Constitucional, e incluía unidades hospitalares enquadráveis territorialmente em Loures, Cascais, Braga, Vila Franca de Xira e Sintra.

Os contratos em regime de PPP terão uma duração de 30 anos para a vertente infra-estrutural – ou seja, de construção, gestão e manutenção do edifício hospitalar, e de 10 anos para a vertente clínica – ou seja, a prestação de cuidados hospitalares, sendo que os critérios mais relevantes serão a competência técnica e os termos económicos. Através do lançamento de concursos pelo Estado, as empresas comprometem-se a construir e gerir o hospital.

O objectivo do Governo era deslocar parte dos riscos do investimento para o sector privado, embora retendo os benefícios da privatização, isto é, a posse será pública, mas a gestão será totalmente privada. De acordo com os objectivos traçados em 2003, deveriam estar em 2006, já em fase de construção, quatro hospitais. A realidade é que só em 2008 se iniciou a construção do primeiro hospital: o de Cascais.

Recentemente, o Tribunal de Contas, conduziu uma Auditoria ao Programa de Parcerias Público-Privadas da Saúde – primeira vaga de hospitais (TC, 2009), considerando a importância das consequências negativas que as derrapagens ocorridas ao longo do processo adjudicatório do Programa Português de PPP da Saúde, em especial os relativos aos hospitais designados para a primeira vaga (Loures, Cascais, Braga e Vila Franca de Xira) têm para o erário público e para a disponibilidade aos utentes de bens de interesse público. O objectivo fundamental desta auditoria foi identificar e caracterizar os factos que deram origem aos atrasos verificados nos processos de contratação das referidas PPP.

É reconhecido que o recurso às PPP permite ultrapassar, não só restrições orçamentais, como também o défice de infra-estruturas e de serviços públicos. Segundo o mesmo relatório do TC (2009) nas PPP, porque a gestão do projecto nas vertentes de financiamento, projecto, construção e operação está a cargo do sector privado e não do Estado, este, por vezes, não cuida de adequar minuciosamente o seu planeamento e os

seus recursos a este tipo de contratação, o que difere, em muito, do da contratação pública tradicional. Com efeito, o facto da contratação em PPP implicar maior exigência na construção de instrumentos contratuais, bem como na análise e na articulação entre todas as entidades envolvidas e, bem assim, uma maior percepção dos factores relevantes para o mercado, faz avolumar muitas das fragilidades, já antes evidenciadas na gestão pública directa.

O referido relatório de Auditoria evidencia as conclusões a que chegou, sendo de destacar as seguintes (TC, 2009):

- As expectativas iniciais, transmitidas pelo Estado ao mercado, acabaram por não se concretizar.
- As entidades privadas que se interessaram pelo modelo consideram ter cumprido o seu papel, nomeadamente respeitando os prazos que lhes foram impostos, no quadro dos concursos respectivos, enquanto o Estado não foi capaz de impor, a si próprio, uma adequada disciplina de gestão dos processos concursais.

Desde logo o Estado optou pela implementação de um modelo de parceria complexo e sem paralelo no campo internacional, no âmbito de um Ministério da Saúde, que não possuía qualquer experiência prévia em PPP. Diversos países, incluindo o Reino Unido, optaram pela não inclusão da gestão dos serviços clínicos no objecto contratual, alicerçando-se o modelo na prestação, por parte do operador privado, de um conjunto de serviços que compreendia os serviços infra-estruturais e os serviços de *hard* e *soft facilities management*, e no qual o operador não era responsável nem pela prestação de cuidados de saúde, nem pela gestão clínica; não obstante, o Estado decidiu efectuar o lançamento de dez PPP, a um ritmo de 2/3 projectos por ano.

Ao contrário do que seria aconselhável e adequado, não foi feito uso de um projecto-piloto que possibilitasse testar não só o modelo e o desenho dos procedimentos de contratação, como também a capacidade de gestão do próprio Estado. Assim, não tendo acontecido, as deficiências de gestão, cujos efeitos poderiam ter sido limitados a um único projecto-piloto, acabaram por se reflectir no conjunto dos projectos e na derrapagem de todo o programa.

Na maioria dos concursos, a fase de avaliação de propostas foi aquela em que se verificaram os maiores atrasos. Existiu mesmo um concurso que foi extinto por iniciativa da respectiva Comissão de Avaliação de Propostas, com o argumento de que seriam incomparáveis as propostas dos concorrentes. Também na fase de Negociação Final existiram enormes atrasos, sendo o caso mais exemplificativo o concurso do hospital de Cascais, que se prolongou por onze meses, quando o objectivo inicial eram três meses.

O próprio modelo de PPP inicial foi alterado, pelo que a segunda vaga de PPP deixará de incluir, no objecto de concurso, a gestão clínica, ou seja, o Estado decidiu alterar o modelo que inicialmente havia definido, mesmo antes de este ser testado em concreto, uma vez que, quando procedeu à sua alteração, não existia nenhum contrato em execução.

No essencial pode concluir-se que nenhum dos objectivos de contratação definidos foi, até agora, atingido, o que conduz neste domínio das PPP Saúde, a que se possa concluir por ineficácia, por parte do Estado.

Decorridos quase cinco anos após o lançamento do primeiro concurso e quatro Governos Constitucionais, ainda não foi testado o modelo inicial de PPP para a Saúde, e este, por decisão ministerial, segundo o já referido Relatório de Auditoria (TC, 2009), será descontinuado, uma vez que se deverá circunscrever aos concursos da primeira vaga entretanto já lançados.

1.3. O financiamento dos hospitais

Factores como as alterações demográficas, o aumento das expectativas dos cidadãos, o fenómeno da escassez de recursos, a procura de maior eficiência e a introdução de novas tecnologias (fármacos, dispositivos médicos e técnicas terapêuticas) determinam que o sector da saúde seja um palco de constantes desafios que implicam mudanças e acções com consequências no seu desenvolvimento futuro,

respeitantes à cobertura, universalidade e sustentabilidade económica e financeira (OPSS, 2009).

O financiamento da saúde constitui um dos problemas mais relevantes que se colocam nos países da OCDE, seja qual for o seu modelo de sistema de saúde. Com efeito, as despesas totais em saúde, que hoje em Portugal já representam cerca de 10% do PIB, crescem a um ritmo muito superior ao da riqueza produzida, para além do aumento acentuado do peso dos gastos com a saúde no total da despesa pública. Também as despesas directas dos cidadãos pagas a entidades privadas têm um peso significativo na despesa total em saúde. Neste sentido, sendo certo que não existem modelos ideais para o financiamento da saúde, é clara a necessidade de discutir e aprofundar o conhecimento nesta área e rever alguns aspectos do financiamento da saúde procurando alternativas válidas, quer do ponto de vista do impacto no cidadão, quer ainda naquilo que respeita à própria sustentabilidade do SNS (OPSS, 2009).

O termo financiamento é entendido, de um modo geral, como a origem dos recursos financeiros para fazer face a despesas de saúde. Para realizar essa angariação de fundos existem essencialmente três fontes básicas:

- a) seguro público, através de impostos gerais ou consignados;
- b) seguro privado, via prémios de seguro que são pagos; e
- c) pagamentos directos dos utilizadores no momento de consumo (Barros, 2005).

O sistema de financiamento dos hospitais passou, naturalmente, por fases distintas. Simões (2004) explica que até 1981 eram financiados de acordo com os custos de exploração, com base em tabelas pré-definidas, sistema que não promovia o controlo dos níveis de consumo de recursos, nem penalizava a utilização desnecessária de actos ou de serviços. Atribuía-se subsídios baseados nas despesas de exploração do ano anterior, acrescidas das verbas atribuídas pelo Orçamento Geral do Estado para os hospitais, e de outros subsídios e reforços eventuais ao longo do exercício, de acordo com a avaliação da sua situação financeira, ou seja, pagamento de base retrospectivos. As desvantagens deste tipo de reembolso dos custos efectuado independentemente do tipo, quantidade e qualidade dos serviços prestados são bem conhecidas, como seja, a

ausência de incentivos para a eficiência, falta de incentivos para o controlo do consumo de recursos e dos elevados custos de produção; como vantagem deste tipo de pagamento é a qualidade que poderá ser elevada.

De 1981 em diante inicia-se um sistema de pagamento de base prospectiva, ou seja, o financiamento foi parcialmente associado à produção. É uma forma de pagamento definida ex-ante considerando grupos homogêneos de hospitais, com a definição de preços baseados nos custos médios, ajustados pela demora média e pela taxa de ocupação, as urgências, e os cuidados prestados em ambulatório eram financiados com base no número de consultas, sem qualquer discriminação por tipo de doente, os meios complementares de diagnóstico e terapêutico eram pagos através de um preço médio unitário, baseados no número de serviços fornecidos, não ponderados. Os custos gerais eram reembolsados separadamente, sendo o financiamento do investimento determinado através de um processo negocial, com algumas tentativas de definição de prioridades entre os projectos. Apesar deste sistema de pagamento constituir uma evolução significativa, em que o valor reflecte o custo esperado ou normal para a situação em causa; há um incentivo económico à eficiência em que o prestador de cuidados retira benefícios se for mais eficiente do que a média dos prestadores e, os hospitais começam a conhecer, com alguma clareza, os critérios de financiamento a que estavam sujeitos. Contudo ainda estava longe do ideal, ao classificar os doentes por valências não tomava ainda em consideração os diferentes recursos por estes consumidos de acordo com as diversas patologias, a gravidade da doença e as complicações associadas às patologias; para além disso, os meios complementares de diagnósticos e terapêutico com diferentes custos de produção eram pagos com os mesmos preços, existindo incentivos para substituir os procedimentos de diagnósticos com custos elevados por procedimentos menos dispendiosos, com o consequente risco de perda de qualidade dos cuidados (Bentes, Urbano e Hindle, 1989).

A partir de 1984 inicia-se o processo de adaptação a Portugal dos Diagnostic Related Groups (DRG), cuja aplicação ao SNS português ainda era estudada em 1989. Este novo sistema de classificação de doentes, que em Portugal adoptou a tradução de Grupos de Diagnósticos Homogêneos (GDH), que é um sistema de informação integrado de gestão e financiamento dos hospitais de forma racional e equitativa, com

objectivo de reduzir os custos hospitalares e aumentar a produtividade através da criação de incentivos. Aplicado apenas aos doentes internados este sistema de classificação passou a vigorar para doentes internados da responsabilidade de subsistemas, permitindo que o pagamento se faça por preços que reflectem os custos médios reais dos hospitais, ao classificar os doentes em grupos clinicamente coerentes e similares do ponto de vista do consumo de recursos. Os GDH definem-se assim com base na parte do sistema orgânico afectada, na existência ou não de intervenção cirúrgica, no diagnóstico principal, na idade do doente, nas patologias secundárias, e no estado do doente no momento da alta. O hospital recebe, por cada doente, um preço correspondente a todo o episódio de internamento, e não a intervenções atomizadas recebidas durante a hospitalização. No entanto, este sistema passou a vigorar para a facturação aos cuidados prestados a doentes internados da responsabilidade dos subsistemas, mas nunca foi aplicado como um processo único de financiamento dos hospitais do SNS (Simões, 2004).

A partir da segunda metade da década de 90, as Agências de Contratualização dos serviços de saúde procuraram adequar os recursos públicos para os hospitais à efectiva prestação de cuidados, através de negociações e de compromissos com os hospitais, no intuito de garantir uma base de financiamento das instituições e dos prestadores de cuidados de saúde, fazendo investimentos e reduzindo gastos desnecessários, procurando garantir a qualidade dos cuidados de saúde prestados à comunidade. Tratou-se de um processo pioneiro em Portugal, que visava a separação entre entidades prestadoras e pagadoras, diferenciando-as do ponto de vista operacional, e a criação de uma intermediação entre os cidadãos e a prestação de cuidados (Simões, 2004).

A implementação, a partir de 2004, das taxas moderadoras no acesso às consultas, meios complementares de diagnóstico e intervenções cirúrgicas, procurou, por um lado restringir a procura desnecessária e excessiva do hospital através da introdução deste conceito de utilizador - pagador. Por outro lado, constituindo receita própria das unidades de saúde, as taxas moderadoras contribuem obviamente para o seu financiamento.

Neste momento as iniciativas de financiamento e gestão, passam pelas PPP, através de contratos-programa, cuja recente implementação, conforme já referido, ainda não permite uma correcta avaliação.

Do referido se depreende então que os hospitais são financiados por um sistema misto, que combina uma componente de pagamento prospectivo, com uma componente de reembolso de custos. O sistema óptimo de pagamento consiste numa tarifa a duas partes: um pagamento inicial do hospital, independente do número de doentes tratados, combinado com um preço fixo por doente tratado. Tradicionalmente têm sido pagos com base em orçamentos baseados nos seus custos históricos. Este é essencialmente um sistema de reembolso de custos, que permitia aos hospitais recuperar as despesas incorridas no tratamento de doentes, independentemente de essas despesas terem sido elevadas ou baixas, excessivas ou eficientes.

Um sistema de reembolso não dá incentivos à procura da eficiência de custos, antes pelo contrário. Com um pagamento por reembolso, o hospital tem incentivo em aumentar custos, quer fornecendo maior qualidade, quer por outras vias (ineficiência, desperdício), como forma de obter uma maior remuneração. No entanto, Barros (2005) acrescenta que a espiral crescente dos custos hospitalares levou à procura de sistemas de pagamento que contivessem esse crescendo de custos. E é nesta óptica que aparece o pagamento prospectivo, que estabelece o pagamento para cada tipo de procedimento antes do tratamento ter tido lugar. Ao estabelecer um pagamento fixo por admissão, o pagamento prospectivo fornece fortes incentivos à poupança de recursos. Se o hospital usar demasiados recursos então perderá financeiramente, enquanto que se for parcimonioso ficará com um excedente para usar livremente, pois toda a diferença entre o preço recebido e os custos tidos são a receita do hospital, mesmo que tal seja obtido com a redução da qualidade. Em contrapartida, a incerteza financeira para o hospital é muito maior.

Vários países da União Europeia tentam implementar sistemas de pagamento aos prestadores que encorajem o acesso dos doentes a cuidados de saúde de elevada qualidade e alcancem os objectivos de eficiência e de contenção de custos. A reconhecida necessidade de maior eficiência do SNS português aponta no sentido da utilização do sistema de pagamento prospectivo (Harfouche, 2008).

É então neste contexto de pagamento prospectivo que se inserem os já referidos Contratos-Programa.

No caso do processo de contratualização com os hospitais, o modelo de financiamento/contratualização tem-se desenvolvido, tendencialmente, no sentido do pagamento por acto/episódio, com base na definição de linhas de produção (i.e. consultas externas, urgências, internamento, hospital de dia e outros), com limites definidos para a produção a realizar, na maior parte das áreas. O Ministério da Saúde tem dado sinais de valorização do volume de produção (isto é, número de actos realizados) e dos resultados financeiros obtidos (isto é, resultado líquido), embora tenha vindo a introduzir alguns indicadores de qualidade e acesso e modalidades de pagamento diferenciadas para programas específicos e áreas do plano de saúde, com abordagens à gestão integrada da doença e uma aproximação a resultados.

Assim, o processo de contratualização deve progredir para modelos baseados numa lógica de resultados em saúde (*outcomes*) e de criação de valor para os cidadãos, decorrendo de um planeamento que contemple as necessidades em saúde, o ciclo de doença, a integração dos diferentes níveis de cuidados e um alinhamento estratégico entre as metas contratualizadas externamente com a missão e objectivos da instituição.

O processo deve ser também sempre sustentado por incentivos financeiros e instrumentos de monitorização contínua da qualidade, num quadro de sustentabilidade financeira (OPSS, 2009).

Anualmente, e vertidas no Orçamento Geral do Estado, estão discriminadas as linhas de orientação para a saúde, bem como os montantes de financiamento.

Assim, em Portugal funcionam há vários anos os GDH, numa visão prospectiva de financiamento, bem como as Agências de Contratualização dos serviços de saúde, procurando adequar os recursos colocados à disposição do hospital com a efectiva prestação de cuidados de saúde. No entanto, existe também uma componente de reembolso de custos, ou seja, o sistema é combinado.

1.4. A oferta e prestação de cuidados de saúde

É da competência das Administrações Regionais de Saúde (ARS) garantir à população da respectiva área geográfica o acesso à prestação de cuidados de saúde de qualidade, adequando os recursos disponíveis às necessidades em saúde.

As atribuições das ARS, entre outras, são:

- Desenvolver e fomentar actividades no âmbito da saúde pública, de modo a garantir a protecção da saúde da população;
- Assegurar a adequada articulação entre os serviços prestadores de cuidados de saúde de modo a garantir o cumprimento da rede de referência;
- Afectar recursos financeiros às instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde financiados pelo SNS, através de negociação, celebração e acompanhamento de contratos-programa.

A iniciativa privada de prestação de cuidados desenvolveu-se e aumentou a sua capacidade de prestação de modo a responder a necessidades de cuidados do utentes assim como a sua posição no sector. Esta iniciativa privada desenvolveu-se em redor do SNS, de modo a poder-lhe prestar o devido auxílio, como se pode verificar através da inter-ajuda de serviços, infra-estruturas e qualidade (Dinis, 2008).

Esta inter-ajuda entre os sectores torna-se fundamental ao SNS, ao permitir melhorias em várias lacunas que subsistem, sendo exemplo a luta contra a redução de listas de espera cirúrgicas, às quais o SNS não consegue dar resposta, e percepção de maior qualidade do privado em algumas áreas ditas lucrativas (Dinis, 2008). Relativamente ao privado, este tenderá a dar a conhecer a sua dinâmica na prestação de cuidados à população, como a qualidade dos serviços de atendimento e de internamento, o tempo de espera para uma consulta, a tecnologia de equipamentos de diagnostica e terapêutica existente (Simões, 2004).

Os serviços que foram analisados englobam comparação entre o sector oficial (público e não público) e sector privado (com e sem fins lucrativos) considerando o internamento, as consultas realizadas, as intervenções cirúrgicas, a ocorrência de partos,

os atendimentos na urgência e a realização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT).

No entanto, é necessário ter em consideração que tanto o sector público como o sector privado, tem a necessidade de garantir os requisitos mínimos de qualidade e segurança a vários níveis, particularmente nos recursos humanos e nas instalações, e que se encontra presente de uma forma mais acentuada do que em qualquer outra área. As relevantes especificidades deste sector agudizam a necessidade de garantir que os serviços sejam prestados em condições que não lesem o interesse nem violem os direitos dos utentes.

A oferta de cuidados de saúde em Portugal sofreu grandes alterações e tem sido influenciada por factores tão diversos como a legislação que define a estrutura do SNS português, o sistema de financiamento, a evolução demográfica e as características da população, o crescimento económico, o investimento público e privado no sector da saúde e a dinâmica do sector privado (Barros, 2009).

As necessidades de saúde da população portuguesa têm exigido do SNS respostas cada vez mais complexas, por força de uma progressiva alteração do perfil epidemiológico das doenças, e consequentemente dos doentes, que se encontram mais envelhecidos e com patologias mais incapacitantes e dispendiosas. É necessário que o sistema actual de saúde português acompanhe esta alteração epidemiológica, procedendo a adaptações na oferta de cuidados de saúde (Simões et al., 2007).

Relativamente às recentes alterações a nível da prestação de cuidados de saúde, estas indiciam uma compreensão de uma nova realidade do SNS português. Alterações como a reformulação da rede hospitalar, a reorganização dos cuidados de saúde primários e a criação de uma rede de cuidados integrados constituem sinais assinaláveis de uma nova abordagem do sistema de saúde português (Simões et al., 2007).

Como já foi referido anteriormente, o sector privado tem uma presença essencial no sistema de cuidados português. A Lei de Bases da Saúde instituiu um sistema de cuidados de saúde misto com prestadores públicos e privados na prestação de cuidados de saúde, o que permite definir o sistema de saúde como uma rede nacional de prestação de cuidados de saúde.

O desenvolvimento da oferta privada foi estabelecido através das características do sistema de saúde português, e que foram determinantes para que este sector garantisse a sua posição no mercado de ofertas de cuidados de saúde. Estas características fizeram com que a combinação público-privado permitisse aos utentes uma melhor qualidade de serviços (Barros et al., 2007):

- a mobilidade do pessoal do SNS para o sector privado;
- os médicos trabalharem para o SNS e o sector privado em simultâneo;
- a criação de unidades privadas e a contratualização do sector privado pelo público;
- criação de vários programas especiais de recuperação de listas de espera;
- o sistema de deduções fiscais constituir uma fonte de regressividade no sistema de financiamento das despesas de saúde, e garantir a utilização particular e a oferta do sector privado.

Deste modo, existe em Portugal um sector privado com alguma relevância na prestação de cuidados de saúde em algumas áreas em que o público não consegue dar uma resposta eficaz e rápida.

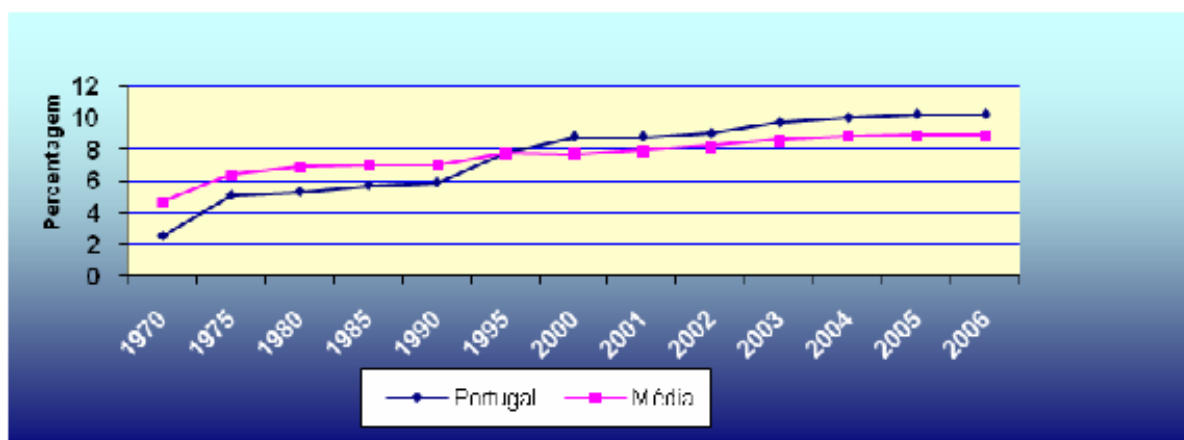
2. Análise Económica da Saúde

Neste capítulo, será feita uma análise económica ao sector mostrando a importância e utilidade em compreender o funcionamento do sector da saúde, e em demonstrar que técnicas e ideias normalmente aplicadas a outros sectores são igualmente susceptíveis de serem aplicadas na saúde.

2.1. Eficiência na Gestão Hospitalar

Correia de Campos (2007), ex-ministro da Saúde, numa conferência na Ordem dos Economistas em Lisboa, referia que o sistema de saúde português, tal como os seus congéneres europeus, tem-se defrontado com problemas de sustentabilidade financeira no médio prazo. Há a possibilidade de, no futuro, não ser financeiramente sustentável, a menos que medidas enérgicas sejam introduzidas no seu funcionamento, que conduzam ou ao abrandamento do ritmo de crescimento da despesa pública com a saúde, ou ao aumento da receita. Os gastos com a saúde, em Portugal, como nos países da UE e da OCDE têm crescido a um ritmo superior ao do crescimento económico, assumindo uma importância crescente face ao PIB, conforme se mostra no Gráfico.

Gráfico 1 - Evolução da despesa total da Saúde em Portugal, em% do PIB



Fonte: OECD HEALTH DATA, versão de 2008, Junho 08, reportada aos dados de 2006.

Nota: Os valores apresentados são respeitantes aos países da UE a 19.

De acordo com dados da OCDE, o peso dos gastos públicos com a saúde em Portugal passou de 3,6% em 1980 para 7,2% em 2004, ou seja, duplicou em termos relativos nestes vinte e cinco anos.

Nos últimos quinze anos com informação comparável, entre 1990 e 2004, considerando a média dos países da UE a 15, verificou-se que o peso dos gastos públicos no total dos gastos com a saúde tendeu a diminuir 1,3%, mas em Portugal, no mesmo período, a proporção dos gastos públicos no total cresceu 6,4%, numa tendência inversa à da média da UE a 15.

Em última análise, a questão da eficiência e da eficácia do SNS Português, mais do que uma questão meramente orçamental, ou até apenas económica, torna-se uma questão ética. Se o SNS não for eficiente, não contribui para ganhos em saúde e jamais poderá ser justo. A ineficiência tem custos sociais elevados e irreversíveis. Portanto, as reformas de gestão, que são instrumentais em relação ao objectivo último de promoção da saúde, ganham visibilidade dupla pois podem ser um garante da sustentabilidade do próprio sistema de saúde.

Em 2006, com o alargamento do universo dos Hospitais EPE, este passou a representar cerca de 60,7% das verbas transferidas para os hospitais do SNS, conforme se constata pela leitura do Quadro.

Quadro 4 - Transferências do OE para os Hospitais do SPA e do SEE

Unidade: Milhões de Euros

	2001	2002	2003	%	2004	%	2005	%	2006	%	2007	%
Transferência SNS	4.938,1	6.172,9	5.476,2	-	7.509,9	-	7.634,0	-	7.636,6	-	7.673,4	-
Hospitais SPA	2.446,6	3.177,3	1.450,4	53,90%	2.322,2	60,90%	2.212,1	57,40%	1.451,0	39,30%	1.072,2	26,20%
Hospitais SA/EPE			1.239,4	46,10%	1.489,8	39,10%	1.643,0	42,60%	2.244,0	60,70%	3.027,4	73,80%
Total Hospitais SNS	2.446,6	3.177,3	2.689,8	100,00%	3.812,0	100,00%	3.855,1	100,00%	3.695,0	100,00%	4.099,6	100,00%

Fonte: ACSS, I.P. – Relatório sobre a Conta do Serviço Nacional de Saúde de 2006 – e dados respeitantes ao ano de 2007 enviados pela ACSS, I.P., em 22-09-2008

O programa do actual Governo apresenta como uma das suas prioridades políticas a sustentabilidade financeira do SNS e o aperfeiçoamento da gestão do sector. O cumprimento rigoroso do orçamento do SNS torna-se assim uma necessidade de racionalidade interna para ganhos de eficiência, mas igualmente a forma de o Estado cumprir os seus compromissos externos determinados no âmbito da UE (Portal do Governo Português, 2009).

2.1.1. Conceito da Economia da Saúde

Nunes e Rego (2002), a propósito do sistema de saúde Português, referem que este tem qualidade deficitária: é ineficaz porque não se atinge a totalidade dos objectivos propostos, e também é ineficiente porque não está garantida uma utilização adequada dos recursos disponíveis. A opinião generalizada é de que o sector da saúde é economicamente ineficiente, no sentido de que se gasta demasiado nesta prestação de cuidados, e que, com o mesmo nível de recursos, se poderia produzir bastante mais.

Num hospital ocorrem milhares de interacções diárias com a finalidade de prestar um serviço à comunidade em que se insere. Para desempenhar esta prestação de serviços, o hospital necessita de utilizar recursos designados na teoria económica, por “factores produtivos”, nomeadamente humanos, equipamentos, infra-estruturas, entre outros. Estes factores produtivos podem ser combinados de várias formas, permitindo obter um determinado nível de actividade ou prestação de serviços, designados na teoria económica por “produção”. Chegamos deste modo ao conceito do conjunto de possibilidades de produção, que define todas as combinações de factores produtivos que permitem obter um determinado nível de produção (Harfouche, 2008).

Neste contexto considera-se pertinente definir os conceitos de eficiência e eficácia, bem como outros que sejam relevantes e lhes estejam associados, como seja o conceito de Economia.

Para começar, não podemos deixar de dizer que a Economia, a eficácia ou a eficiência, são todas dimensões da avaliação da performance (ou desempenho) de uma organização.

Quanto ao conceito de **Economia**, segundo a Audit Commission (2000), este está relacionado com a aquisição de recursos humanos e materiais em quantidade e qualidade apropriados, ao menor gasto possível, de acordo com um objectivo específico. Segundo Samuelson (2000), o conceito de Economia: “é o estudo de como os indivíduos e a sociedade acabam por escolher, com ou sem a utilização da moeda, a aplicação de recursos produtivos escassos que podem ter usos alternativos, para produzir variados bens e distribuir estes para consumo, actual ou futuro, entre as várias pessoas e grupos da sociedade”.

Eficiência económica não é o mesmo que reduzir gastos ou pagar menos. É um conceito diferente de eficiência orçamental, em que esta última se preocupa unicamente com o cumprimento de um determinado orçamento, e como tal foca apenas na redução dos gastos. Por exemplo, de acordo com a noção de eficiência económica, a entidade contratante poderá pagar mais do que o mínimo possível para assegurar a qualidade desejada (Barros, 1999).

Economia implica a afectação de recursos escassos, susceptíveis de usos alternativos, a necessidades virtualmente ilimitadas (Barros, 2005). Assim, a economia baseia-se na lei da escassez, segundo o qual os bens são escassos porque os indivíduos desejam muito mais do que se pode produzir.

A análise da dimensão e âmbito das actividades (diversificação) de uma entidade prestadora de cuidados médicos assume um papel importante na compreensão da estrutura da oferta. Esta análise, segundo Barros (2005), recorre a dois conceitos fundamentais, e derivados do conceito básico de economia: economias de escala e economias de diversificação. Importa pois, ainda que de forma resumida, definir cada uma delas. As economias de escala existem quando uma organização decresce os seus gastos médios de longo prazo em função da quantidade produzida. Produzindo mais com os mesmos recursos, diminuindo os gastos, resultará nesta variante económica. Quanto a economias de diversificação, este conceito, embora seja apenas relevante para organizações multi-produto, diz-nos que existem economias de escala sempre que é possível produzir dois ou mais produtos com menor gasto conjunto do que se a produção for feita em separado. Barros (2005), levanta a questão da importância destes conceitos para a análise da estrutura de produção de cuidados médicos, afirmando logo

a seguir que os pontos óptimos de produção para a sociedade são aqueles em que há minimização do custo médio. A teoria de concorrência perfeita refere que esta implica a pressão de empresas rivais para que cada empresa, no longo prazo, minimize os seus gastos, ou saia do mercado. Ora, no sector da saúde, a maioria dos prestadores não opera em ambiente de concorrência perfeita, ou seja, as forças de concorrência, por si só, não levam a que os prestadores operem a escalas mais eficientes. Mais, segundo o mesmo autor, é muito difícil definir operacionalmente o que é a produção de um hospital, especialmente porque estes diferem substancialmente no tipo de casos que tratam.

Sobre a **Eficácia**, a Audit Commission (2000) refere que ela mede o grau com que os objectivos de uma organização foram alcançados. No contexto do sector da saúde utiliza-se o conceito como os resultados ou consequências de um programa de saúde numa utilização ideal. Pode ser definida como a concretização dos objectivos, ou seja, a relação dos resultados em relação às metas propostas. Quando uma organização atinge os objectivos a que se propôs podemos dizer que é eficaz. Por outro lado, a eficácia cria prioridades e ordens de precedência das tarefas a executar, de forma que os objectivos sejam cumpridos e as metas propostas alcançadas. Apesar de existir uma inter-relação muito forte entre eficiência e eficácia, a primeira não pode compensar a falta da segunda, pois nada é mais inútil que produzir eficientemente algo que não tem qualquer valor para a sociedade e não contribui em nada para o bom desempenho da organização.

Sobre este assunto Drucker (2001), dizia que “Não basta fazer as coisas correctamente (eficiência), tem que se fazer as coisas correctas (eficácia)”. A eficácia concentra-se assim na razão de ser das operações, nos resultados que ansiamos, nos objectivos que queremos atingir. O foco da eficácia é no ‘Que’ e tem como pergunta fulcral “o que deveríamos estar a fazer?”.

Continuando na abordagem aos conceitos, segundo Barros (2002) a forma mais simples de definir um indicador de **Eficiência** é estabelecer uma relação do tipo medida de produção/factor produtivo. Assim, a eficiência é a relação entre a quantidade de bens ou serviços produzidos (*outputs*) e a quantidade de recursos consumidos (*inputs*). Quanto maior for este rácio, maior produção é obtida com um determinado volume de

factor produtivo. Assim, é a relação entre os gastos e os resultados, ou seja, aquilo que se obtém com os recursos disponíveis. Podemos portanto dizer que a eficiência aumenta se obtivermos mais resultados utilizando menos recursos ou se obtivermos mais resultados com os mesmos recursos (Audit Commission, 2000).

No contexto dos serviços de saúde, utiliza-se o conceito de eficiência com especial enfoque no conceito de eficiência económica ou distributiva, no sentido de avaliar se os recursos disponíveis para os serviços de saúde são utilizados de forma a maximizarem os benefícios para a sociedade. Eficiência permite terminar um trabalho aos menores custo e tempo possíveis, sem desperdiçar quaisquer tipo de recursos, quer sejam eles humanos, materiais ou financeiros. A eficiência concentra-se, então, no modo como as operações se realizam, a maneira como elas se executam, centrando-se no “como” e tendo como pergunta fulcral “como podemos melhorar o que estamos a fazer?”.

Na área da Economia, o conceito de eficiência tem várias interpretações, sendo as três mais comuns a eficiência tecnológica (ou técnica), a eficiência alocativa, e a eficiência económica. A primeira é a noção de eficiência mais corrente e parte do princípio que para se obter um determinado resultado podem ser usadas várias combinações possíveis dos recursos existentes, ou seja, existem várias possibilidades de combinações de recursos que potencialmente podem ser utilizados. Essas combinações constituem o conjunto de afectações de recursos tecnologicamente eficientes. A noção de eficiência tecnológica é então uma noção de ausência de desperdício, baseando-se unicamente em aspectos tecnológicos.

Quanto à eficiência alocativa, introduz a noção de gastos, não presente na eficiência técnica. Conceptualmente, uma combinação de factores produtivos terá eficiência alocativa se, para atingir um determinado nível de produção estabelecido e dados os preços dos factores produtivos, tiver um gasto mínimo (Harfouche, 2008).

Sobre a noção de eficiência económica, pode dizer-se que uma afectação de recursos é economicamente eficiente se não for possível encontrar uma reafectação de recursos, ainda que pequena, que aumente o bem-estar/satisfação de um dos agentes sem deteriorar o de nenhum outro (Harfouche, 2008).

2.2. O mercado da saúde e os cuidados prestados

O sector de saúde é uma área de actividade onde há aspectos da organização económica e princípios de análise que são gerais e partilhados com outras realidades económicas. Porém, tem características que tornam o sector único em termos de problemas económicos, sendo que estas características podem existir em outros sectores, mas raramente estão presentes em simultâneo. Por este motivo, não devem ser importados para o sector da saúde os princípios e resultados de análise económica de outros contextos pois há problemas económicos que o tornam único.

Os mercados de prestação de cuidados de saúde podem ser caracterizados por múltiplas imperfeições, factores cruciais que distinguem o sector de saúde dos restantes sectores, sendo a maior proveniente da **incerteza** e da **assimetria de informação** entre os que compram e os que vendem o produto (Gaynoretal., 2000).

Também podem ser enumerados outros factores, como: a proeminência de seguros **de saúde**, o **papel das instituições sem fins lucrativos**, as **restrições a nível da concorrência** e a **participação do Estado**.

Se há algo que exista, persista e envolva o sector da saúde é a incerteza, ocorrendo essencialmente ao nível dos consumidores, incerteza quanto ao momento em que necessita de cuidados médicos, incerteza quanto ao gasto desses cuidados, incerteza quanto ao estado de saúde, incerteza quanto ao efeito de um tratamento, entre outros.

Arrow (1963) foi o primeiro a argumentar a existência da incerteza em ambos os lados (procura e oferta) no sector da saúde. Argumentou neste estudo ainda que, o facto de existir tantos elementos de incerteza no sector da saúde justifica um papel importante para os instrumentos de seguro, seja privado ou social, e que não surgiriam naturalmente mercados de seguro de saúde para cobrir todos os riscos presentes.

Na verdade, em geral, existe frequentemente alguma forma de seguro, que isola, pelo menos, parcialmente o indivíduo de alguma desta incerteza. Ora, o segurador, público ou privado, é um agente adicional no habitual jogo da procura e oferta, que torna a análise deste sector diferente da usada noutros contextos (Barros, 2009).

Com seguro na saúde, quem paga o bem ou serviço pode ser uma entidade diferente de quem beneficia desse bem ou serviço. Apenas esta diferença, aparentemente pequena, ocasionará um resultado de afectação de recursos totalmente diferente (Barros, 2009).

Uma consequência da incerteza da incerteza presente no sector da saúde é a possibilidade de **assimetrias de informação** entre agentes económicos que têm relações entre si.

Assimetria de informação significa simplesmente que uma das partes numa qualquer transacção tem mais informação relevante que a outra parte sobre alguma variável que é relevante para o valor económico.

Os problemas de informação significam que os analistas económicos devem modificar os seus métodos, sendo que a análise standard normalmente assume que os consumidores têm o conhecimento necessário para poder assim tomar decisões baseados nas características dos seus bens, preços e a habilidade de trazerem satisfação aos consumidores (Folland et al., 2004).

2.3. A concorrência no sector da saúde

O sector de saúde está a sofrer fortes mudanças em Portugal. O Estado recua, enquanto a iniciativa privada tenda avançar. Os operadores privados apostam cada vez mais no mercado da saúde, em alternativa ao polémico encerramento de unidades de saúde públicas ou em consequência do aumento dos utentes com seguro (Dinis, 2008).

A possível insustentabilidade financeira do SNS, motivada pelo envelhecimento da população e inovação tecnológica, poderá ter como consequência (a ser verificada) a crescente privatização do sector da saúde. O aumento da procura de cuidados de saúde privados tem tido taxas de crescimento graduais, que conduzem a uma evolução do sector privado. Esta evolução irá traduzir-se na abertura de novos hospitais, clínicas e, consequentemente numa maior inovação (Dinis, 2008).

A concorrência entre os principais operadores torna-se visível devido ao aumento de oportunidades de negócio e a uma constante procura de uma maior inovação de tecnologias, infra-estruturas e equipamentos (Dinis, 2008).

Este trabalho apresenta uma comparação ao tema da concorrência entre o sector público e privado, no sistema de cuidados de saúde hospitalares.

3. Análise do estudo empírico

Neste capítulo concretiza-se o pressuposto para esta tese, e realização de um estudo empírico onde será abordada a concorrência entre o sector público e o sector privado, com e sem fins lucrativos, recorrendo à análise de vários indicadores da actividade assistencial, começando por equacionar o problema, objectivos a serem alcançados, e a metodologia seguida.

O enfoque desta dissertação de tese é a construção de indicadores da actividade assistencial, depois segue-se uma apresentação prévia dos indicadores e a recolha dos dados.

Dado que a construção destes indicadores necessita de uma prévia definição, abordaremos alguns atributos e definições a ser considerados nesse processo.

Concluimos esta dissertação com a análise da concorrência entre os hospitais portugueses.

3.1. Objectivos

O objectivo principal do presente estudo é a selecção e construção de um conjunto de indicadores, possíveis de serem utilizados para avaliação da produtividade.

As questões centrais de investigação que se pretende responder, é a seguinte:

Um aumento ou uma diminuição dos inputs tem um efeito de compensação de outputs? Estará o sector público a especializar-se em algumas áreas e o privado em outras áreas?

Outra questão pertinente na análise deste estudo é avaliar o impacto da empresarialização na eficiência do sector hospitalar, concretizada pela criação de estatutos jurídicos específicos.

Pretende-se ainda: avaliar o impacto da mudança dos modelos de gestão a nível hospitalar no sector público, através dos principais *inputs* e *outputs*; avaliar a concorrência na prestação de cuidados de saúde no sector público e privado, através dos principais *inputs* e *outputs*; apurar qual a evolução temporal da prestação de cuidados; identificar quais os *outputs* que têm verificado maiores aumentos ao longo do período em análise; e estudar se os factores da procura como o envelhecimento da população, evolução das doenças crónicas, expectativas da população, as políticas de saúde, a riqueza ou crise financeira, o aumento dos cuidados de urgência por falta de cuidados primários são factores que levam a um aumento da procura generalizada ao nível da procura de cuidados hospitalares, ou se há uma transferência de actividade do público para o privado fruto das reformas aplicadas, ou por outro motivo.

3.2. Metodologia

Atendendo aos objectivos explicitados, realizou-se o levantamento dos indicadores da actividade assistencial com recurso da publicação “Estatísticas da Saúde de 2001 a 2005”, do Instituto Nacional de Estatística (INE); os dados de 2006 a 2009 foram fornecidos pelo INE.

De salientar que os dados do INE são recolhidos por inquérito anual a todos os hospitais. O período a seleccionar será a partir de 2001, abrangendo unicamente este ano em que os hospitais públicos oficiais são todos do SPA, mas por falta de desagregação dos dados em hospitais privados com e sem fins lucrativos nos anos anteriores não é possível uma análise anterior a 2001, enquanto que 2009 é o último ano em que os dados foram disponibilizados pelo INE à data da realização do trabalho.

3.3. Recolha de Dados

O processo de recolha de dados, iniciou com uma pesquisa no portal do INE, de onde foi recolhida informação disponível, de 2001 a 2005. Posteriormente efectuou-se contacto com o INE para a disponibilização dos anos em falta, de 2006 a 2009.

3.4. Construção de indicadores

Como qualquer estudo de desempenho assistencial, é preciso identificar previamente as actividades desenvolvidas, para definir os indicadores correspondentes.

As variáveis principais foram escolhidas das duas linhas produtivas dos serviços clínicos hospitalares principais, de acordo com a literatura (Rego, 2008).

A selecção de inputs mais representativos é fundamental para as conclusões acerca do efeito compensação, neste caso, do hospital. Os recursos humanos têm um peso forte em qualquer organização hospitalar, sendo o seu Capital mais importante.

Quanto aos indicadores de actividade (*outputs*), estes permitem medir os resultados dos hospitais. Assim, com a informação de *inputs* e *outputs* é possível construir indicadores. A actividade dos hospitais deverá poder ser avaliar mediante indicadores que sustentem a utilidade da sua actividade.

Um bom indicador de gestão, nas suas características gerais, deve respeitar uma série de atributos, como por exemplo, a validade, a simplicidade, a objectividade, a sensibilidade, a especificidade e o baixo custo (*Joint Commission*, 1989).

A construção dos indicadores de gestão deve obedecer aos seguintes princípios, de acordo com o Conselho Coordenador de Avaliação de Serviços:

- Pertinência face aos objectivos que se pretendem medir – devem estar directamente relacionados com os objectivos definidos e com os resultados que se pretendem alcançar;

- Credibilidade – devem ser construídos com base em elementos de confiança, com cálculos e métricas precisos;
- Fiabilidade de recolha – a sua obtenção/cálculo deve ser exequível, com um custo aceitável, devendo ser, preferencialmente, incluídos indicadores fáceis de calcular e de interpretar;
- Clareza – devem fornecer informação clara e precisa, facilmente comunicável e compreensível;
- Comparabilidade – devem permitir a apreciação dos resultados em confronto com um determinado referencial, de modo a que seja possível estabelecer relações, por exemplo, no tempo (evolução temporal).

Um indicador transmite informações que são imprescindíveis para a Administração de qualquer instituição medir a sua produção e estabelecer metas a alcançar. Os indicadores medem aspectos qualitativos e/ou quantitativos relativos ao meio ambiente, à estrutura, aos processos e aos resultados. Um indicador é uma unidade de medida de uma determinada actividade com a qual está relacionado, ou seja, é uma medida expressa em valor, que pode ser usada como guia para produzir avaliação relativamente, neste caso, aos cuidados de saúde prestados aos utentes, bem como relativamente aos serviços de apoio a essa prestação (Dias et al., 2007).

Segundo Bittar (2001), um indicador pode ser uma taxa ou coeficiente, um índice ou mesmo um número absoluto, em que taxa ou coeficiente, pode ser definido como o número de vezes que um determinado facto ocorreu, dividido pelo número de vezes que ele podia ter ocorrido, multiplicado por uma base e definido no tempo e no espaço. Já o índice é a relação entre dois números, ou a razão entre determinados valores, como por exemplo a rotatividade de ocupação de camas num internamento hospitalar.

Quanto aos números absolutos, estes podem ser indicadores na medida em que se comparam valores iguais, resultantes de actividades, acções, resultados ou estrutura.

3.4.1. Variáveis propostas

O processo de avaliação consiste na comparação temporal ou em relação a parâmetros, normas, padrões ou modelos. O desenvolvimento de indicadores apresenta-se, deste modo, como uma resposta a esta necessidade, uma vez que são instrumentos projectados e utilizados para avaliar uma situação ou para avaliar sobre o alcance de objectivos específicos. São por isso variáveis que permitem quantificar resultados e acções (Cerezo, 2003).

A escolha de um sistema de indicadores, para estabelecer as prioridades na saúde e quais os cuidados que o sistema pode efectivamente oferecer aos cidadãos, deve orientar-se segundo quatro ângulos: eficiência, eficácia, efectividade e capacidade de proporcionar mais desempenho. A adopção de um sistema de indicadores deverá, ainda, permitir a comparabilidade entre diferentes instituições de forma a proporcionar uma competitividade entre elas. A informação sobre o desempenho, ao desencadear competitividade, deve impulsionar a mudança de comportamentos que possibilitem conseguir melhores resultados, ou seja, avaliação de desempenho gera mais desempenho (Cerezo, 2003).

Assim, neste trabalho foram definidos três indicadores de *inputs* considerados representativos, os quais estão representados no quadro:

Quadro 5 - Indicadores de inputs propostos

Indicador	Variável
Número Hospitais	Número hospitais oficiais públicos
	Número hospitais oficiais não públicos
	Número hospitais privados com fins
	Número hospitais privados sem fins
Recursos Humanos	Número de médicos
	Número de enfermeiros
	Número de técnicos de diagnóstico e
Lotação Praticada	Número de camas hospitalares
	Número de gabinetes de consulta
	Número de salas de bloco operatório

De seguida, são definidas as variáveis e justificada a opção e utilidade de cada indicador proposto de inputs.

Indicador “Número de Hospitais”

Este indicador pretende analisar a evolução das alterações, mais ou menos significativas, das filosofias, do modelo conceptual ou paradigma organizacional, e a representatividade de cada sector nos cuidados de saúde hospitalares. Serão apresentados em números, no período considerado.

Hospital é um estabelecimento de saúde dotado de internamento, ambulatório e meios de diagnóstico e terapêutica, com o objectivo de prestar à população assistência médica curativa e de reabilitação, competindo-lhe também colaborar na prevenção da doença, no ensino e na investigação.

Os Hospitais enquadram-se em abordagens diversas, designadamente:

- Área de influência/diferenciação técnica;
- Hierarquização de valências;
- Número de especialidades/valências;
- Regime de propriedade; Ensino universitário;
- Situação na doença;
- Ligação entre hospitais;
- Entre outros critérios.

A análise efectuada terá em conta regime de propriedade / origem do financiamento:

- Hospital oficial público - tutelado pelo Ministério da Saúde ou Secretarias Regionais de Saúde, cujo acesso é universal. O investimento e a propriedade são do Estado. Nos hospitais públicos quanto à forma jurídica:

- Hospitais SPA não têm autonomia administrativa e financeira;
- Hospitais EPE são hospitais enquadrados dentro do Sector Empresarial do Estado. Têm autonomia administrativa, financeira e patrimonial;

- Unidades Locais de Saúde são instituições do SNS que prestam cuidados primários e hospitalares à população na sua área de influência. São dotados de gestão empresarial;
- PPP “consubstancia-se numa relação contratual duradoura entre um ente público e um operador privado, tendo em vista a prestação de um serviço público ao longo do período contratual.” (Abreu Simões, 2004).
- Hospital oficial não público - tutelado por outros Ministérios e de acesso condicionado, como sejam:
 - Hospital militar tutelado administrativamente pelo Ministério da Defesa Nacional, independentemente da propriedade das instalações, e que serve os três ramos das Forças Armadas: Exército, Marinha e Força Aérea. Ex: Hospital Regional Militar nº 1 (Porto);
 - Hospital paramilitar tutelado administrativamente pelo Ministério da Administração Interna, independentemente da propriedade das instalações, e que serve a PSP ou a GNR. Ex: Enfermaria do Batalhão Nº 4 da GNR (Porto), Centro Clínico da GNR (Lisboa);
 - Hospital prisional tutelado administrativamente pelo Ministério da Justiça, independentemente da propriedade das instalações, e que serve os estabelecimentos prisionais. Ex: Hospital Prisional S. João de Deus (Caxias, Oeiras).
- Hospital privado com fins lucrativos - hospital cuja propriedade, investimento e administração é pertença de uma instituição privada, com fins lucrativos, com propriedade de uma instituição privada em que 50% ou mais dos gastos de produção da sua actividade são financeiramente cobertos pela prestação de serviços de saúde. Actualmente a maioria pertence a grandes grupos económicos. Ex: Hospital dos Lusíadas (Lisboa), HPP.
- Hospital sem fins lucrativos - hospital cuja propriedade, investimento e administração é pertença de uma instituição privada, sem fins lucrativos, com propriedade de uma instituição privada em que 50% ou mais dos gastos de produção da sua actividade são financeiramente cobertos pela prestação de serviços de saúde. Actualmente ou são da Misericórdia ou pertencentes a Ordens Religiosas (IPSS). Ex: Ordem do Carmo (IPSS), Hospital da Prelada (Misericórdia).

Indicador “Recursos Humanos”

Em qualquer organização, os recursos humanos são o capital mais importante e têm um peso predominante de uso intensivo no sector da saúde. O indicador pretende analisar a evolução quer no sector público quer no privado. Serão apresentados em números, os grupos profissionais da carreira médica, de enfermagem e os técnicos de diagnóstico e terapêutica.

Indicador “Lotação Praticada”

Este indicador pretende analisar da capacidade existente (número de camas hospitalares, de gabinetes de consultas e salas de bloco operatório). De referir que este indicador tem estreita conjugação com indicadores outputs, o que permitirá avaliar o aproveitamento da capacidade disponível. O indicador será apresentado em número.

Camas hospitalares - conjunto de serviços prestados de cuidados de saúde que, após serem admitidos, ocupam cama (ou berço de neonatologia ou pediatria), para diagnóstico, tratamento ou cuidados paliativos, com permanência de, pelo menos, 24 horas.

O quadro que se segue apresenta os outputs propostos importantes para a análise e compreensão do estudo.

Quadro6 - Indicadores de outputs propostos

Indicador	Variável
Internamento	Doentes Saídos
	Doentes Tratados por cama
	Demora Média
	Taxa Ocupação
Consulta Externa	Total Consultas Externas
	Total Consultas Cirúrgicas
	Total Consultas Médicas
Urgência	Número Atendimentos
	Causas
Hospital de Dia	Total de Sessões
Bloco Operatório	Número Intervenções Cirúrgicas
	Número Intervenções Urgentes
	Número Intervenções Programadas
	Taxa Cirúrgica do Ambulatório
	Taxa de Cirurgia Urgentes
Partos	Total de Partos
	Taxa Cesariana

De seguida procura-se definir as variáveis e justificar a opção e utilidade de cada indicador proposto de outputs.

Indicador “Internamento”

Este indicador permite analisar o aproveitamento dos recursos disponíveis e a racionalização do número de vagas disponíveis, verificada pela taxa de ocupação. Como a demora média de internamento está fortemente associada ao consumo de recursos, sendo um indicador significativo para análise, a redução da demora média implica menos gastos por episódio e um aumento da eficiência. Este indicador será apresentado em número e em percentagem.

Doentes saídos - doentes que deixaram de permanecer internados num serviço de um estabelecimento de saúde, nesse período, devido a alta.

Doentes tratados por cama – relaciona os doentes saídos em relação à lotação praticada.

Demora média - indicador de desempenho assistencial, que exprime o número médio de dias de internamento por doente saído de um estabelecimento de saúde, no período.

Taxa de Ocupação – indicador de desempenho assistencial, e é uma relação percentual entre os dias de internamento e a lotação praticada (número de camas) em determinado período.

Indicador “Consulta Externa”

A análise deste indicador, conjugado com a urgência, permite analisar a racionalidade dos recursos, um aumento de consultas e uma diminuição de urgências permitirá concluir que há uma boa racionalização de recursos. Indicador apresentado em números.

Total consultas externas - somatório das primeiras consultas, em que o utente é examinado pela primeira vez numa especialidade e referente a um episódio de doença; e das consultas subsequentes que derivam da primeira, para verificação da evolução do estado de saúde do doente, administração terapêutica ou preventiva. A análise incide sobre consultas médicas (cirúrgicas e médicas).

Indicador “Urgência”

A urgência uma das áreas mais problemáticas num serviço hospitalar contribuindo para ineficiência e a falta de racionalização dos recursos disponíveis. A urgência deveria ser um local para tratamento de problemas “emergentes”. Este indicador permitirá avaliar a evolução do afluxo às urgências como acesso imediato aos cuidados de saúde e das causas do acesso. O indicador será apresentado em número.

Urgência - ato de assistência prestado num estabelecimento de saúde, em centros de saúde ou hospitais, em instalações próprias, a um indivíduo com alteração súbita ou agravamento do seu estado de saúde.

Indicador “Bloco Operatório”

Indicador analisado conjuntamente com os Programas de Combate de Lista de Espera, nomeadamente os programas que abrangem o período em referência como seja o PECLEC e o SIGIC. Indicador apresentado em número e percentagem.

Bloco operatório - unidade orgânico - funcional constituída por um conjunto integrado de meios humanos, físicos e técnicos destinada à prestação de tratamento cirúrgico ou realização de exames que requeiram elevado nível de assepsia e em geral anestesia.

Número intervenções urgentes – intervenção efectuada sem data de realização previamente marcada, sendo que o doente dá entrada via urgência.

Número intervenções programadas – intervenção efectuada com data de realização previamente marcada.

Taxa cirúrgica do ambulatório – é considerado um indicador de desempenho assistencial, porque se trata de intervenções programadas e realizadas sem necessidade de internamento, relaciona o número de cirurgias do ambulatório em relação ao número total de cirurgias programadas, têm de ter duração inferior a 24h o tempo de permanência no hospital.

Taxa de cirurgia urgentes – indicador de desempenho, porque se trata de um indicador que tem duração superior a 24h e poderá significar falta organização, nomeadamente da consulta quando a entrada e intervenção tem como causa doença.

PECLEC- programa que surge para reduzir e eliminar, no período máximo de dois anos, as listas de espera para cirurgia electiva no SNS, tendo-lhe sido atribuído um financiamento de 187 milhões de euros. Tinha uma orientação marcadamente cirúrgica (PPMA incluía outras áreas de espera) e pela perspectiva concorrencial entre os sectores público, social e privado (PPMA orientava-se principalmente para dentro do sector público), estimando-se em cerca de 20% o número de doentes em lista de espera a serem atendidos pelo sector privado (social e lucrativo), e esperando-se que cerca de 24 mil doentes fossem operados até final de 2003, pelo sector privado lucrativo e não lucrativo (António Correia de Campos, 2010).

SIGIC - tem como objectivo minimizar o período que decorre entre o momento que o doente é encaminhado para uma cirurgia e a realização da mesma, garantindo, de uma forma progressiva, que o tratamento cirúrgico decorra dentro do tempo clinicamente admissível. Apoiam o seu funcionamento em unidades a nível central, regional e local, e tem como suporte informático o Sistema Informático de Apoio à Gestão da lista de Inscritos (SIGLIC) que desempenha um papel fundamental, garantindo uma maior coordenação do processo, automatizando várias etapas e garantindo a conformidade das mesmas (Ministério da Saúde, 2005).

Indicador “Partos”

Este indicador tem um desafio duplo de análise: um tem a ver a redução da natalidade; outro é analisar a taxa de cesariana, indicador este que está relacionado com questões de eficiência. Quando mais baixa a taxa maior é a contenção de custos. Este indicador será apresentado em número e em percentagem.

Total de partos – completa expulsão ou extracção do corpo de um ou mais fetos, de 22 ou mais semanas de gestação, ou com 500 ou mais gramas de peso, independentemente da existência ou não de vida e de ser espontâneo ou induzido.

Parto eutócico – parto efectuado sem intervenção instrumental.

Parto distócico – parto efectuado com intervenção instrumental tais como: fórceps, ventosa e cesariana.

Taxa Cesariana – relação percentual entre o total de cesarianas e o total de partos.

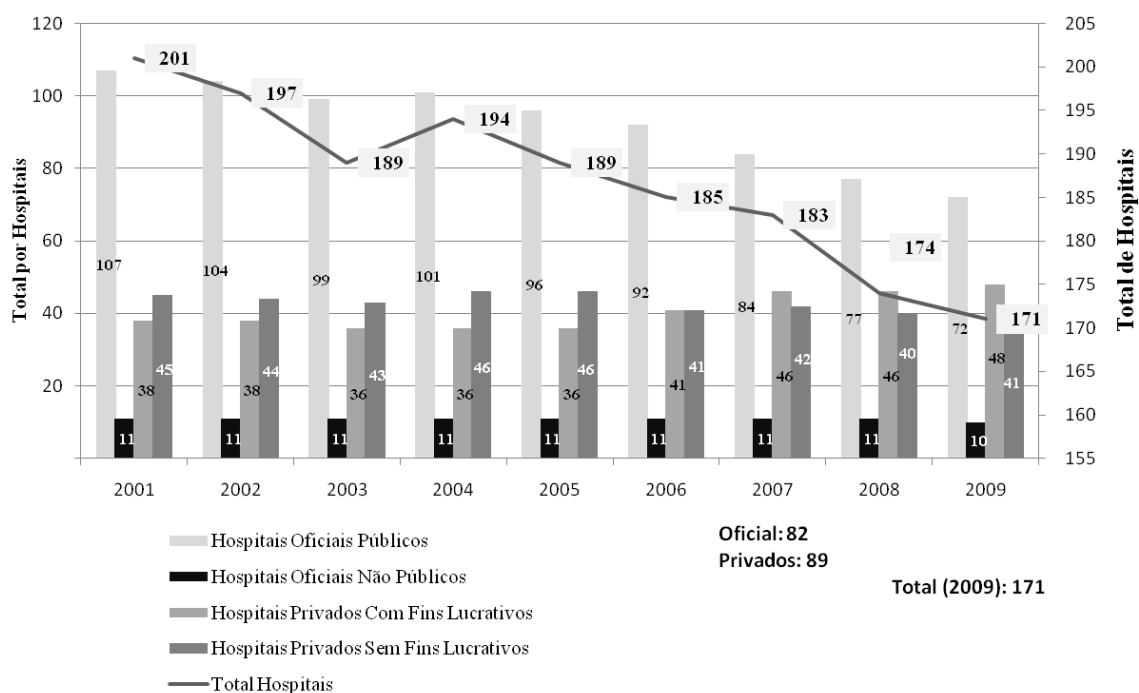
3.5. Resultados e discussão

O levantamento dos indicadores de produção hospitalar, como referido no ponto anterior, foi sintetizado nos seguintes quadros e gráficos.

3.5.1. Análise *Inputs*

3.5.1.1. Número de Hospitais

Gráfico 2 – Evolução do número de hospitais



Fonte: Estatísticas da Saúde, INE

No início do período em referência, a maioria dos hospitais portugueses pertence ao SNS. Contudo, o número de hospitais oficiais públicos tem vindo a descer sendo que, no ano 2009, a maioria dos hospitais já não pertence ao SNS. Nomeadamente, os hospitais privados com fins lucrativos têm vindo a crescer.

O decréscimo do número de hospitais oficiais públicos, nomeadamente a partir do ano 2005, é mais um sinal de concentração hospitalar em Centros Hospitalares e não tanto resultado de uma real diminuição da oferta pública hospitalar, tal como poderemos ver na análise seguinte de inputs.

3.5.1.2. Profissionais

Quadro 7 – Evolução do número de profissionais

Profissionais	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Varição 2001 - 2009
Total de Médicos	19.110	20.223	20.060	20.126	20.279	19.928	20.280	20.353	20.862	8,40%
Hospitais Oficiais Públicos	15.751	16.554	16.023	16.128	16.293	16.508	16.490	16.571	16.868	6,62%
Hospitais Oficiais Não Públicos	580	523	496	542	549	512	486	572	495	-17,17%
Hospitais Privados com Fins Lucrativos	1.489	1.849	2.066	1.902	1.830	1.779	2.050	1.959	2.222	32,99%
Hospitais Privados sem Fins Lucrativos	1.290	1.297	1.475	1.554	1.607	1.129	1.254	1.251	1.277	-1,02%
Total de Enfermeiros	27.059	31.434	31.860	32.792	33.527	33.104	34.993	34.579	35.855	24,53%
Hospitais Oficiais Públicos	24.245	28.089	28.339	29.344	30.133	30.129	31.761	31.291	32.266	24,86%
Hospitais Oficiais Não Públicos	369	711	712	717	506	451	599	563	537	31,28%
Hospitais Privados com Fins Lucrativos	1.204	1.310	1.415	1.243	1.269	1.117	1.269	1.341	1.673	28,03%
Hospitais Privados sem Fins Lucrativos	1.241	1.324	1.394	1.488	1.619	1.407	1.364	1.384	1.379	10,01%
Total de Técnicos Diagnóstico e Terapêutica	6.583	6.842	7.298	7.121	7.307	7.340	7.475	7.701	7.929	16,98%
Hospitais Oficiais Públicos	5.624	5.850	6.291	6.100	6.257	6.322	6.382	6.527	6.685	15,87%
Hospitais Oficiais Não Públicos	240	235	253	245	233	208	240	248	233	-3,00%
Hospitais Privados com Fins Lucrativos	330	347	356	281	297	359	384	432	458	27,95%
Hospitais Privados sem Fins Lucrativos	389	410	398	495	520	451	469	494	553	29,66%

Fonte: Estatísticas da Saúde, INE

De acordo com João Varandas Fernandes (2011) uma questão difícil de compreender nos hospitais é a do aproveitamento dos recursos humanos disponíveis e da correcta alocação dos mesmos às actividades existentes. Este dilema exige da administração clínica prioridades, pois a reivindicação dos hospitais em Portugal começa e termina na questão da escassez dos recursos humanos. É fundamental um planeamento eficaz da actividade do hospital, de forma a alocar os profissionais onde eles são necessários, evitando ao máximo o desperdício de recursos.

O hospital deve estar orientado para os utentes, mas os profissionais, como parte integrante dos hospitais, também devem possuir a mesma orientação (João Varandas Fernandes, 2011).

Em relação a todos os profissionais verifica-se ao longo do período em referência, um aumento em todas as categorias profissionais, não significando contudo que tenha havido um aumento de profissionais. Na realidade poderá se verificar, que no final do período, número de profissionais a exercer actividade pública e actividade privada seja superior, porque é comum, nomeadamente nos médicos e enfermeiros, que estas actividades possam ser prestadas com maior frequência em ambos os sectores ao mesmo tempo.

Em relação aos médicos a evolução deste indicador teve um comportamento irregular, registando-se um aumento substancial no sector privado com fins lucrativos (cerca de 33%). No entanto, uma parte significativa (acima de 80%) exerce actividade em hospitais públicos oficiais.

Relativamente ao número de profissionais de enfermagem regista-se em todos os sectores aumentos significativos. O aumento é especialmente elevado no sector oficial não público, onde o aumento de enfermeiros parece estar a compensar as diminuições nos outros tipos de profissionais.

No que se refere aos técnicos de diagnóstico e terapêutica, o seu número teve um aumento, excepto nos hospitais oficiais não públicos onde registou um decréscimo.

De salientar, que o sector privado com fins lucrativos foi o único onde a evolução de profissionais foi, em todos os casos, acima da média global. Nos outros sectores, a evolução dos diferentes tipos de profissionais não foi tão consistente o que indicia que para além de alterações na quantidade, também ocorreu uma reorganização qualitativa do factor Trabalho.

3.5.1.3. Lotação Praticada

Quadro 8 – Evolução da lotação disponível

Lotação Praticada	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Varição 2001 - 2009
Número de Camas Hospitalares	35.347	34.569	34.959	35.088	34.163	33.402	33.013	32.580	32.442	-8,95%
Hospitais Oficiais Públicos	26.949	26.213	26.021	25.911	25.757	25.180	24.847	24.215	23.867	-12,91%
Hospitais Oficiais Não Públicos	1.068	1.100	975	955	905	879	767	681	772	-38,34%
Hospitais Privados com Fins Lucrativos	1.907	2.043	2.238	2.298	2.175	2.356	2.369	2.782	2.880	33,78%
Hospitais Privados sem Fins Lucrativos	5.423	5.213	5.725	5.924	5.326	4.987	5.030	4.902	4.923	-10,16%
Número de Gabinetes Consulta Hospitalares	3.735	3.968	4.101	4.376	4.416	4.600	4.776	4.966	5.165	27,69%
Hospitais Oficiais Públicos	2.930	3.085	3.131	3.364	3.360	3.473	3.458	3.608	3.650	19,73%
Hospitais Oficiais Não Públicos	194	193	235	238	250	250	252	252	235	17,45%
Hospitais Privados com Fins Lucrativos	330	401	427	454	478	568	741	792	955	65,45%
Hospitais Privados sem Fins Lucrativos	281	289	308	320	328	309	325	314	325	13,54%
Número de Salas de Bloco Operatório	699	720	723	730	724	751	776	804	800	12,63%
Hospitais Oficiais Públicos	494	504	509	508	502	511	527	549	538	8,18%
Hospitais Oficiais Não Públicos	29	29	28	28	29	29	28	28	26	-11,54%
Hospitais Privados com Fins Lucrativos	95	104	105	105	104	119	134	147	155	38,71%
Hospitais Privados sem Fins Lucrativos	81	83	81	89	89	92	87	80	81	0,00%

Fonte: Estatísticas da Saúde, INE

Da análise do quadro 8 verifica-se que os hospitais públicos oferecem maior capacidade em todas as linhas de produção (cerca de 70%).

No internamento, no ano 2009, constata-se um maior número de camas nos hospitais oficiais. Há um decréscimo das camas de internamento hospitalar no geral, excepção no sector privado com fins lucrativos onde há um aumento substancial. Este decréscimo nos restantes sectores pode dever-se ao encerramento de camas para um melhor aproveitamento da capacidade instalada e da passagem para actividade ambulatoria.

Na consulta externa, os hospitais oficiais públicos têm 75,22% dos gabinetes, tendo uma média de 47 gabinetes por hospital, para 14 gabinetes nos hospitais privados. Tanto no sector oficial não público, como no sector privado sem fins lucrativos, há um aumento de gabinetes de consulta acompanhado de um decréscimo de médicos, o que parece contraditório. Denota-se que há um aumento bastante significativo nos hospitais privados com fins lucrativos.

Relativamente às salas de bloco operatório há um aumento geral, mas uma diminuição no sector público não oficial. Os hospitais públicos representam 70,50% das salas, o que representa uma média de 7 salas operatórias, por hospital, para 3 por hospital no sector privado.

Se conjugarmos os dados de profissionais e lotação praticada, verificamos que o único sector que aumentou todos os indicadores de inputs foi o sector dos hospitais privados com fins lucrativos.

3.5.2. Análise Outputs

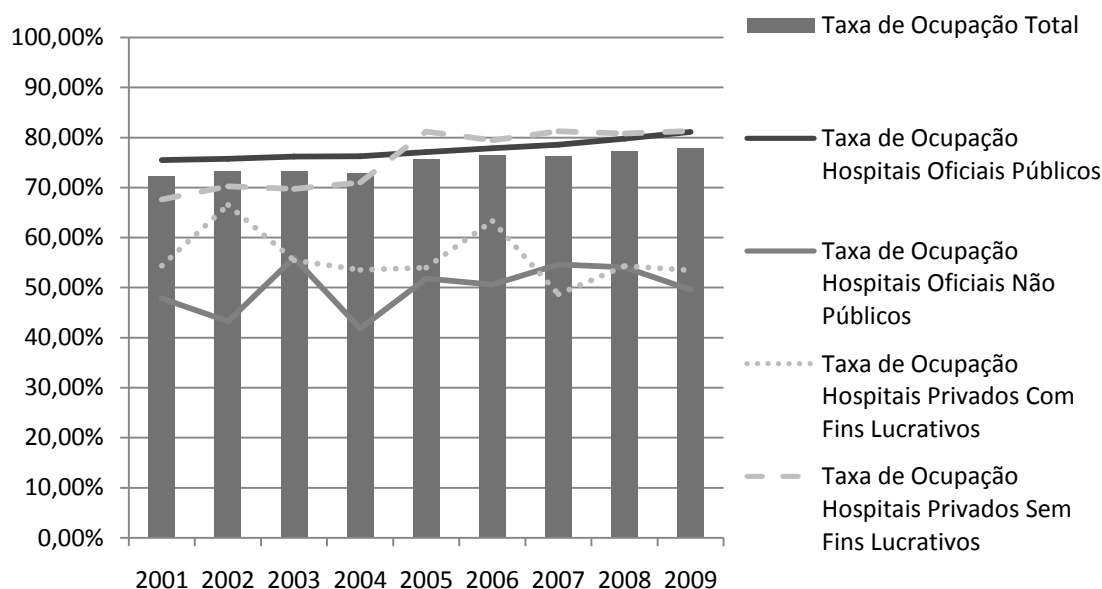
3.5.2.1. Internamento

Quadro 9 – Evolução do internamento

Internamento	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Variação 2001 - 2009
Doentes Saídos	1.092.103	1.116.391	1.129.059	1.116.837	1.138.100	1.129.397	1.151.450	1.155.342	1.130.090	3,36%
Hospitais Oficiais Públicos	905.489	918.048	931.168	922.536	942.321	928.355	924.094	912.432	892.304	-1,48%
Hospitais Oficiais Não Públicos	14.996	14.523	13.604	12.619	11.640	11.262	10.682	9.617	9.281	-61,58%
Hospitais Privados com Fins Lucrativos	100.029	113.221	106.140	97.354	98.660	113.641	135.076	156.002	156.428	36,05%
Hospitais Privados sem Fins Lucrativos	71.589	70.599	78.147	84.328	85.479	76.139	81.598	77.291	72.077	0,68%
Doentes Tratados por Cama	30,9	32,3	32,3	31,8	33,3	33,8	34,9	35,5	34,8	11,30%
Hospitais Oficiais Públicos	33,6	35,0	35,8	35,6	36,6	36,9	37,2	37,7	37,4	10,13%
Hospitais Oficiais Não Públicos	14,0	13,2	14,0	13,2	12,9	12,8	13,9	14,1	12,0	-16,80%
Hospitais Privados com Fins Lucrativos	52,5	55,4	47,4	42,4	45,4	48,2	57,0	56,1	54,3	3,43%
Hospitais Privados sem Fins Lucrativos	13,2	13,5	13,7	14,2	16,0	15,3	16,2	15,8	14,6	9,83%
Demora Média	8,54	8,29	8,28	8,36	8,28	8,24	7,98	7,95	8,17	-4,55%
Hospitais Oficiais Públicos	8,20	7,89	7,77	7,81	7,69	7,71	7,71	7,73	7,92	-3,50%
Hospitais Oficiais Não Públicos	12,44	11,95	14,64	11,55	14,70	14,42	14,31	13,97	15,06	17,38%
Hospitais Privados com Fins Lucrativos	3,78	3,78	4,38	4,27	4,61	4,34	4,79	3,12	3,53	-7,03%
Hospitais Privados sem Fins Lucrativos	18,69	18,93	18,65	18,21	18,46	18,99	18,27	18,70	20,26	7,77%

Fonte: Estatísticas da Saúde, INE

Gráfico 3 – Evolução da taxa ocupação



Fonte: Estatísticas da Saúde, INE

Da análise do quadro 9 conclui-se que há um aumento do número de doentes saídos, de doentes tratados por cama e da taxa de ocupação.

Em termos de dimensão (medida pelo número de doentes saídos), o sector oficial perdeu peso durante o período analisado (de 84,28% para 79,78%). Logo, houve um aumento do peso do sector privado (de 15,75% para 20,22%), praticamente à custa do sector privado com fins lucrativos.

Os indicadores de eficiência revelam comportamentos bastante díspares.

Em termos globais, a demora média por internamento tem decrescido. No entanto, verificam-se demoras médias elevadas nos hospitais oficiais não públicos assim como nos hospitais privados sem fins lucrativos, tendo vindo mesmo a aumentar estas demoras. A diminuição da demora média, nos dois maiores sectores, pode ser justificada essencialmente pelo aumento do ambulatório, implicando menor existência de internamentos de curta duração. Convém salientar que o tipo de cuidados que são transferidos para ambulatório, regra geral, os menos diferenciados, apesar do esforço para limitar os internamentos prolongados. Existe sempre um limite para a redução da demora, caso contrário pode ficar em causa a qualidade da assistência.

Verifica-se uma correlação importante entre os doentes tratados por cama e a demora média, o que é esperado. Nos hospitais oficiais não públicos e hospitais privados sem fins lucrativos, o número de doentes tratados por cama oscila, no período, entre 12 a 14,6, com demoras médias entre 15 a 20 dias, em 2009. Estes valores são muito diferentes dos sectores oficial público e privado com fins lucrativos, que apresentam mais doentes tratados por cama, com demoras médias muito inferiores.

Relativamente à taxa de ocupação, pelo gráfico, observa-se que os hospitais oficiais públicos são os que demonstram sempre uma subida constante, ao longo dos anos em análise. Os restantes sectores têm tido comportamentos irregulares. Sendo que os hospitais oficiais públicos e os hospitais privados sem fins lucrativos apresentam valores próximo do nível de plena adequação de utilização de recursos disponíveis.

Um dos recursos humanos mais utilizados no internamento são os profissionais de enfermagem. Estes profissionais tiveram um aumento substancial, no período em

análise, nos hospitais oficiais públicos, (cerca de 24,86%). Não tem sido um crescimento contínuo mas quando aumenta a variação é maior do que quando diminui. Este aumento de profissionais tem-se verificado mesmo com a diminuição do número de doentes saídos. Em termos de hospitais privados com fins lucrativos, o aumento de enfermeiros tem sido proporcional ao aumento do número de doentes saídos.

3.5.1.2. Consulta externa

Quadro 10 – Evolução da consulta externa

Consultas Externas	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Variação 2001 - 2009
Total de Consultas	8.844.242	10.657.922	10.126.335	10.794.948	11.394.668	12.024.436	12.782.672	14.957.738	14.491.540	38,97%
Hospitais Oficiais Públicos	7.107.607	8.859.735	7.993.540	8.496.856	8.896.706	9.256.582	9.724.619	10.212.175	10.682.998	33,47%
Hospitais Oficiais Não Públicos	410.895	391.492	382.903	386.145	393.524	369.799	368.649	368.603	317.906	-29,25%
Hospitais Privados com Fins Lucrativos	786.939	951.499	1.256.828	1.369.082	1.547.120	1.837.950	2.077.170	3.675.854	2.890.631	72,78%
Hospitais Privados sem Fins Lucrativos	538.801	455.196	493.064	542.865	557.318	560.105	612.234	701.106	600.005	10,20%
Total de Consultas Cirúrgicas	4.043.953	4.227.201	4.613.127	4.923.015	5.071.850	5.301.130	5.630.392	6.896.553	6.324.627	36,06%
Hospitais Oficiais Públicos	3.097.623	3.271.026	3.443.722	3.638.029	3.709.207	3.840.364	4.006.621	4.258.735	4.360.478,0	28,96%
Hospitais Oficiais Não Públicos	150.857	148.077	148.158	143.748	141.693	136.702	134.747	122.818	119.840,0	-25,88%
Hospitais Privados com Fins Lucrativos	482.199	553.099	744.364	814.448	896.753	1.018.796	1.165.645	2.141.453	1.523.216,0	68,34%
Hospitais Privados sem Fins Lucrativos	313.274	254.999	276.883	326.790	324.197	305.268	323.379	373.547	321.093,0	2,44%
Total de Consultas Médicas	4.800.289	6.430.721	5.513.208	5.871.933	6.322.818	6.723.306	7.152.280	8.061.185	8.166.913	41,22%
Hospitais Oficiais Públicos	4.009.984	5.588.709	4.549.818	4.858.827	5.187.499	5.416.218	5.717.998	5.953.440	6.322.520,00	36,58%
Hospitais Oficiais Não Públicos	260.038	243.415	234.745	242.397	251.831	233.097	233.902	245.785	198.066,00	-31,29%
Hospitais Privados com Fins Lucrativos	304.740	398.400	512.464	554.634	650.367	819.154	911.525	1.534.401	1.367.415,00	77,71%
Hospitais Privados sem Fins Lucrativos	225.527	200.197	216.181	216.075	233.121	254.837	288.855	327.559	278.912,00	19,14%
Consultas por gabinete	2.368	2.686	2.469	2.467	2.580	2.614	2.676	3.012	2.806	15,60%
Hospitais Oficiais Públicos	2.426	2.872	2.553	2.526	2.648	2.665	2.812	2.830	2.927	17,12%
Hospitais Oficiais Não Públicos	2.118	2.028	1.629	1.622	1.574	1.479	1.463	1.463	1.353	-56,57%
Hospitais Privados com Fins Lucrativos	2.385	2.373	2.943	3.016	3.237	3.236	2.803	4.641	3.027	21,22%
Hospitais Privados sem Fins Lucrativos	1.917	1.575	1.601	1.696	1.699	1.813	1.884	2.233	1.846	-3,86%

Fonte: Estatísticas da Saúde, INE

O indicador consultas externas evidencia um aumento sustentado no período de referência, crescendo 38,97%. O indicador cresceu em todos os setores, exceto no setor oficial não público. Este aumento deve-se nomeadamente às consultas externas da especialidade médicas.

Verificou-se um aumento do peso do sector privado, na actividade de consultas, especialmente do sector privado com fins lucrativos que passou de 8,9% do total das consultas para 19,95% do total. Este aumento teve como contraponto uma diminuição do peso do sector oficial, entre 2001 e 2009.

A consulta poderá estar a beneficiar da aposta de uma política de reforço da actividade ambulatoria, melhorando o nível de acessibilidade, traduzido no aumento, nomeadamente das primeiras consultas, reduzindo assim as listas e o tempo de espera.

Também a adoção ou reforço de políticas, como seja a informatização, adoção de horário mais alargado, o agendamento, melhoria da acessibilidade dos utentes às consultas hospitalares às consultas de especialidade, a comunicação aos utentes via SMS a confirmar a marcação e a consulta, são alguns fatores que podem ter contribuído para o aumento deste indicador.

Em termos de utilização dos recursos, verifica-se um aumento do número de consultas por gabinete, nos dois maiores setores (o oficial público e o privado com fins lucrativos). Nestes dois setores, a ocupação por gabinete é muito semelhante o que revela uma eficiência idêntica quando avaliada por este indicador.

3.5.1.3. Bloco Operatório

Quadro 11 – Evolução do bloco operatório

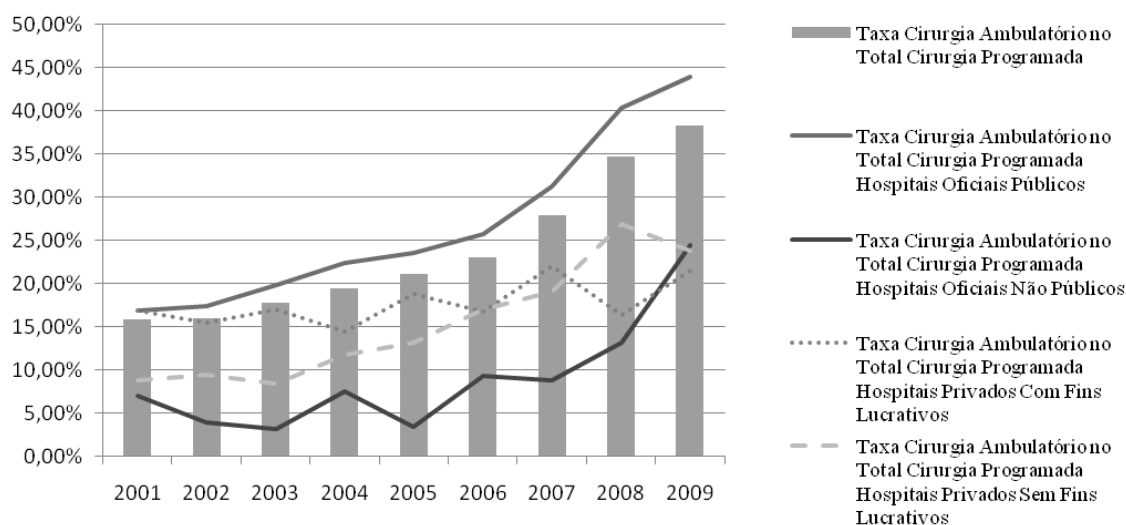
Bloco Operatório	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Varição 2001 - 2009
Total de Intervenções Cirúrgicas	585.228	606.338	654.944	690.032	684.623	740.247	789.668	861.495	893.842	34,53%
Hospitais Oficiais Públicos	432.397	448.146	482.177	504.543	507.094	548.123	572.239	645.699	679.238	36,34%
Hospitais Oficiais Não Públicos	8.030	6.673	7.114	7.173	5.894	6.813	6.122	7.988	7.767	-3,39%
Hospitais Privados com Fins Lucrativos	90.605	90.944	105.053	101.513	97.364	113.010	136.390	138.273	140.570	35,54%
Hospitais Privados sem Fins Lucrativos	54.196	60.575	60.600	76.803	74.271	72.301	74.917	69.535	66.267	18,22%
Intervenções Cirúrgicas Programadas Convencionais	400.778	417.015	446.847	464.418	449.390	473.468	481.845	480.397	473.929	15,44%
Hospitais Oficiais Públicos	272.312	284.372	300.532	306.765	304.059	321.117	315.529	317.570	316.918	14,07%
Hospitais Oficiais Não Públicos	7.308	6.137	6.712	6.604	5.543	6.157	5.427	5.917	5.163	-41,55%
Hospitais Privados com Fins Lucrativos	72.984	75.185	84.235	83.754	75.273	87.454	100.227	106.029	101.407	28,03%
Hospitais Privados sem Fins Lucrativos	48.174	51.321	55.368	67.295	64.515	58.740	60.662	50.881	50.441	4,49%
Intervenções Cirúrgicas Programadas Ambulatório	75.264	79.321	96.973	112.237	120.606	141.428	186.710	254.764	293.191	74,33%
Hospitais Oficiais Públicos	55.229	59.986	74.409	88.580	93.292	111.205	143.628	214.495	248.067	77,74%
Hospitais Oficiais Não Públicos	550	256	220	534	199	634	528	898	1.671	67,09%
Hospitais Privados com Fins Lucrativos	14.845	13.717	17.283	14.168	17.371	17.581	28.316	20.735	27.657	46,32%
Hospitais Privados sem Fins Lucrativos	4.640	5.362	5.061	8.955	9.744	12.008	14.238	18.636	15.796	70,63%
Intervenções Cirúrgicas Urgentes	109.186	110.002	111.124	113.377	114.627	125.351	121.113	126.334	126.722	13,84%
Hospitais Oficiais Públicos	104.856	103.788	107.236	109.198	109.743	115.801	113.082	113.634	114.253	8,22%
Hospitais Oficiais Não Públicos	172	280	182	35	152	22	167	1.173	933	81,56%
Hospitais Privados com Fins Lucrativos	2.776	2.042	3.535	3.591	4.720	7.975	7.847	11.509	11.506	75,87%
Hospitais Privados sem Fins Lucrativos	1.382	3.892	171	553	12	1.553	17	18	30	-4506,67%
Intervenções por Bloco Operatório	837	842	906	945	946	986	1.018	1.072	1.117	25,07%
Hospitais Oficiais Públicos	875	889	947	993	1.010	1.073	1.086	1.176	1.263	30,67%
Hospitais Oficiais Não Públicos	277	230	254	256	203	235	219	285	299	7,31%
Hospitais Privados com Fins Lucrativos	954	874	1.001	967	936	950	1.018	941	907	-5,16%
Hospitais Privados sem Fins Lucrativos	669	730	748	863	835	786	861	869	818	18,22%
Programas de Lista de Espera em Cirurgia										
1994 PERLE										
1998 PPMA										
	PECLEC									
	SIGIC									

Fonte: Estatísticas da Saúde, INE

Os programas de Lista de Espera em Cirurgia têm como propósito deter o crescimento das listas de espera em cirurgia electiva para além dos tempos clinicamente aceitáveis, criados desde 1994 foram implementados quatro programas: PERLE, PPMA, PECLEC e SIGIC, são programas dirigidos ao sector público e privado, podendo preconizar a contratação de entidades privadas para colmatar as insuficiências do SNS na realização das cirurgias programadas.

Desde o início foi criada uma linha de financiamento específico para resolver o problema dentro do sector público, posteriormente levou à opção de compra de serviços do sector privado de forma a pluralizar a oferta de cuidados (público e privado) como alternativa do aumento contínuo de serviços públicos. Estes programas, nos hospitais públicos, decorrem fora do horário normal de funcionamento dos blocos operatórios e para além do tempo regular de prestação de serviço por parte do pessoal médico.

Gráfico 4 – Evolução da taxa de cirurgia do ambulatório no total de cirurgias programadas



Fonte: Estatísticas da Saúde, INE

A actividade cirúrgica global teve um crescimento de 34,53%. Verifica-se também um melhor aproveitamento dos recursos, pois o número de cirurgias por bloco operatório aumentou em todos os sectores, excepto no sector privado com fins lucrativos. Contudo, analisando a tipologia de cirurgias verificam-se algumas alterações de destaque.

A implementação dos programas de combate à lista de espera leva algum tempo a ter resultados. No entanto estes programas têm um maior aumento relativo nos hospitais oficiais públicos, nomeadamente nas Cirurgia Programadas de Ambulatório, de notar um maior ritmo de crescimento coincidiu com a introdução do SIGIC. O crescimento das intervenções cirúrgicas programadas têm sido numa curva ascendente nos hospitais oficiais públicos, enquanto nos hospitais privados com fins lucrativos o crescimento não é contínuo e evidencia-se mesmo que quando há um aumento de cirurgias programadas convencionais há um decréscimo de cirurgias programadas ambulatório, ou vice-versa, parecendo que há um efeito de compensação entre as cirurgias convencionais e de ambulatório.

O desenvolvimento da cirurgia de ambulatório reflecte-se na taxa de ambulatório que tem vindo a crescer nos últimos anos, conforme o Gráfico 4. Este crescimento vai

ao encontro dos objectivos estratégicos estabelecidos no Plano Nacional de Saúde. As vantagens inerentes ao tratamento cirúrgico de ambulatório são muitas, nomeadamente:

- diminuição dos tempos de internamento e listas de espera, melhorando a organização das instituições;
- benefícios sócio-familiares, com recuperação mais rápida e junto da família;
- benefícios económicos e psicológicos para o doente;
- racionalização da despesa (menor custo operacional) e redireccionamento a outros custos hospitalares;
- termos clínicos baixa incidência de complicações;
- alta produtividade;
- rentabilidade.

Também coincidente com a implementação do SIGIC, verificou-se um aumento mais significativo do número de cirurgias por bloco operatório, no sector privado sem fins lucrativos (por exemplo, de 2003 para 2004, as cirurgias totais por bloco operatório aumentaram mais de 15%, neste sector).

3.5.1.4. Urgência

Quadro 12 – Evolução dos atendimentos na urgência

Urgência	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Variação 2001 - 2009
Total de Atendimentos	6.609.100	6.782.822	6.745.476	6.733.275	6.675.200	6.969.721	7.246.193	7.087.432	7.180.750	7,96%
Hospitais Oficiais Públicos	6.218.550	6.320.628	6.266.069	6.210.631	6.146.913	6.365.667	6.595.079	6.409.487	6.375.664	2,46%
Hospitais Oficiais Não Públicos	43.483	43.177	50.138	49.465	44.618	25.473	16.820	14.114	32.641	-33,22%
Hospitais Privados com Fins Lucrativos	149.795	190.066	181.494	190.086	184.988	220.988	280.255	339.532	446.434	66,45%
Hospitais Privados sem Fins Lucrativos	197.272	228.951	247.775	283.093	298.681	357.593	354.039	324.299	326.011	39,49%

Fonte: Estatísticas da Saúde, INE

Quadro 13 – Evolução das causas vindas à urgência

Causas da Urgência	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Variação 2001 - 2009
Acidente Viação	120.442	103.812	100.934	90.868	82.123	73.419	70.970	62.821	64.753	-86,00%
Hospitais Oficiais Públicos	113.653	95.013	91.812	81.486	75.190	68.679	67.581	59.888	62.081	-83,07%
Hospitais Oficiais Não Públicos	200	2.699	2.627	2.698	10	11	48	0	14	-1328,57%
Hospitais Privados com Fins Lucrativos	88	139	65	108	31	131	247	110	147	40,14%
Hospitais Privados sem Fins Lucrativos	6.501	5.961	6.430	6.576	6.892	4.598	3.094	2.823	2.511	-158,90%
Acidente Trabalho	177.988	175.861	180.634	171.958	161.633	156.274	175.278	158.017	142.467	-24,93%
Hospitais Oficiais Públicos	151.739	145.845	140.895	136.253	132.178	128.202	130.988	127.043	112.981	-34,30%
Hospitais Oficiais Não Públicos	12	2.895	3.442	2.157	347	543	344	15	60	80,00%
Hospitais Privados com Fins Lucrativos	15.471	13.111	20.365	13.917	9.505	16.027	31.626	18.837	18.918	18,22%
Hospitais Privados sem Fins Lucrativos	10.766	14.010	15.932	19.631	19.603	11.502	12.320	12.122	10.508	-2,46%
Outros Acidentes	558.304	545.966	640.785	581.944	575.865	558.363	573.891	529.126	530.285	-5,28%
Hospitais Oficiais Públicos	541.232	529.170	625.372	561.468	561.753	534.142	551.647	513.332	514.906	-5,11%
Hospitais Oficiais Não Públicos	3.036	2.734	2.601	2.689	309	3.292	1.701	145	133	-2182,71%
Hospitais Privados com Fins Lucrativos	7.721	2.092	2.449	3.047	66	4.864	8.347	4.975	5.672	-36,12%
Hospitais Privados sem Fins Lucrativos	6.315	11.970	10.363	14.740	13.737	16.065	12.196	10.674	9.574	34,04%
Doença	4.755.164	4.882.087	5.043.723	5.035.365	5.307.235	5.373.173	5.655.546	5.595.650	5.668.014	16,11%
Hospitais Oficiais Públicos	4.452.055	4.496.754	4.647.520	4.594.404	4.850.644	4.859.159	5.096.778	4.994.473	4.973.496	10,48%
Hospitais Oficiais Não Públicos	16.135	31.062	38.650	38.529	39.401	14.474	13.863	6.485	22.156	27,18%
Hospitais Privados com Fins Lucrativos	122.869	167.021	154.204	169.938	168.782	192.549	228.834	298.813	373.303	67,09%
Hospitais Privados sem Fins Lucrativos	164.105	187.250	203.349	232.494	248.408	306.991	316.071	295.879	299.059	45,13%
Outras Causas	997.202	1.075.096	979.400	853.140	848.344	808.492	770.408	741.818	775.231	-28,63%
Hospitais Oficiais Públicos	959.871	1.053.846	960.470	837.020	827.148	775.485	747.985	714.751	712.200	-34,78%
Hospitais Oficiais Não Públicos	24.100	3.787	2.818	3.392	4.551	7.153	864	7.469	10.278	-134,48%
Hospitais Privados com Fins Lucrativos	3.646	7.703	4.411	3.076	6.604	7.417	11.201	16.797	48.394	92,47%
Hospitais Privados sem Fins Lucrativos	9.585	9.760	11.701	9.652	10.041	18.437	10.358	2.801	4.359	-119,89%

Fonte: Estatísticas da Saúde, INE

No ano de 2009, 89,24% dos atendimentos são do sector oficial (sendo 88,79% do público), o que revela uma diminuição em termos relativos, face a 2001. Em 2009, 10,76% dos atendimentos urgentes foram feitos no sector privado (sendo 6,22% do privado com fins lucrativos) que correspondem a um crescimento elevado, desde 2001, especialmente do sector privado com fins lucrativos.

De referir que esta actividade aparentemente não se encontra relacionada com o modelo de gestão, contudo a sua evolução poderá dever-se a factores extrínsecos, como a mudança da área de influência, a implementação de Manchester nas urgências, a oferta ou não de outros serviços de saúde.

Verifica-se um acréscimo absoluto do número de atendimentos na urgência, podendo significar a falta de resposta dos cuidados primários de saúde, em parte motivada pela falta de informação e de comunicação junto da população de forma a ajudar nas escolhas ao nível de prestação de cuidados de saúde, ou por razões culturais

ligadas à população, como seja o hábito de utilizar de imediato a urgência, o que é identificável pelo número de idas à urgência por “outras causas”.

Os cuidados hospitalares também podem estar a falhar, nomeadamente a consulta externa, na medida em que a única causa que verificou um aumento no período é a ida à urgência por doença.

Por outro lado, verifica-se uma diminuição substancial nos acidentes. Esta diminuição de acidentes de viação liberta recursos para outras necessidades de cuidados.

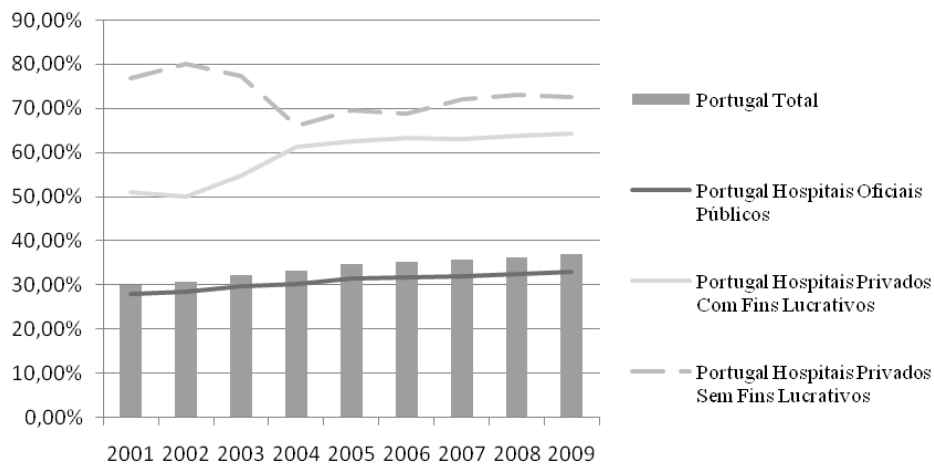
3.5.1.5. Partos

Quadro 14 – Evolução de partos

Partos	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Varição 2001 - 2009
Total de Partos	105.649	106.949	104.899	101.310	101.346	98.692	95.834	97.885	92.935	-13,68%
Hospitais Oficiais Públicos	98.757	98.988	96.142	92.238	91.547	88.513	85.349	86.831	81.846	-20,66%
Hospitais Oficiais Não Públicos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00%
Hospitais Privados com Fins Lucrativos	4.962	5.870	6.662	5.827	6.437	6.869	7.282	8.031	8.260	39,93%
Hospitais Privados sem Fins Lucrativos	1.930	2.091	2.095	3.245	3.362	3.310	3.203	3.023	2.829	31,78%
Total de Partos Eutócicos	60.803	60.117	57.781	54.374	53.038	50.544	48.771	48.954	45.568	-33,43%
Hospitais Oficiais Públicos	58.685	58.060	55.494	52.392	50.935	48.560	46.870	46.969	43.425	-35,14%
Hospitais Oficiais Não Públicos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00%
Hospitais Privados com Fins Lucrativos	1.692	1.693	1.823	1.231	1.313	1.203	1.255	1.428	1.618	-4,57%
Hospitais Privados sem Fins Lucrativos	426	364	464	751	790	781	646	557	525	18,86%
Total de Partos Distócicos - Cesariana	31.591	32.722	33.921	33.551	35.180	34.745	34.173	35.537	34.309	7,92%
Hospitais Oficiais Públicos	27.572	28.107	28.654	27.831	28.808	28.119	27.280	28.208	26.935	-2,36%
Hospitais Oficiais Não Públicos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00%
Hospitais Privados com Fins Lucrativos	2.537	2.940	3.649	3.575	4.031	4.352	4.588	5.122	5.319	52,30%
Hospitais Privados sem Fins Lucrativos	1.482	1.675	1.618	2.145	2.341	2.274	2.305	2.207	2.055	27,88%
Total de Partos Distócicos - Outros	13.255	14.110	13.197	13.385	13.128	13.403	12.890	13.394	13.058	-1,51%
Hospitais Oficiais Públicos	12.500	12.821	11.994	12.015	11.804	11.834	11.199	11.654	11.486	-8,83%
Hospitais Oficiais Não Públicos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00%
Hospitais Privados com Fins Lucrativos	733	1.237	1.190	1.021	1.093	1.314	1.439	1.481	1.323	44,60%
Hospitais Privados sem Fins Lucrativos	22	52	13	349	231	255	252	259	249	91,16%

Fonte: Estatísticas da Saúde, INE

Gráfico 5 – Evolução da taxa de cesariana



Fonte: Estatísticas da Saúde, INE

Da análise do quadro 14 conclui-se, que a natalidade está a diminuir no período em análise, no entanto, o parto por cesariana encontra-se em contra-ciclo face aos outros partos e ao total de partos.

No ano 2009, 88,07% dos partos realizados são do sector oficial público, e 11,93% no sector privado, sendo 8,89% com fins lucrativos. Enquanto no ano 2001, eram 93,48% do sector oficial público e 6,52% do privado (4,70% com fins lucrativos). Houve um decréscimo do peso do sector público oficial, durante o período de referência. Como contrapartida, no sector privado, houve um acréscimo substancial do número total de partos.

A taxa de cesariana tem vindo a subir causada, particularmente, pelo sector privado, talvez associado ao incentivo de prestar cuidados de saúde mais onerosos e, geralmente, mais rentáveis para os privados. Contudo, a tendência de crescimento deste tipo de parto existe em todos os grupos.

4. Conclusão

4.1 Análise crítica dos resultados

A concorrência no sector de prestação de cuidados de saúde é um tema que detém uma elevada importância, visto que o número de prestadores privados tem vindo a aumentar ao longo dos anos e, conseqüentemente, a concorrência entre o público e o privado sofreu alterações. Vale a pena realçar que o sistema de saúde, em Portugal, é misto pela sua combinação público/privado na prestação de cuidados de saúde hospitalares.

Esta avaliação dos indicadores de produção é um importante instrumento para aferir em que medida os recursos afectos às linhas produtivas estão a ser rentabilizados e utilizados. Mas ainda permite analisar se, com as alterações jurídicas, se manifestaram inversões de comportamento nas organizações hospitalares que permitam identificar comportamentos de procura induzida.

A selecção de indicadores apresentados baseou-se nalguma experiência profissional, que ajudou à escolha dos mais representativos. Estes indicadores podem dar orientação de critérios como seja a eficácia, eficiência, economia, e a capacidade de proporcionar melhor desempenho, de forma a gerar competição e favorecendo o aparecimento de políticas inovadoras e mecanismos de ajuste da atividade para aumentar a eficiência.

4.2. Síntese conclusiva

Devido à complexidade dos serviços de saúde, os mercados de prestação de cuidados de saúde são altamente regulamentados, e o Estado desempenha um papel importante na propriedade, gestão e financiamento dos hospitais, e desempenha um

papel crucial na determinação dos contratos entre os hospitais, como financiador e como empregador.

No ano de 2009, em Portugal, o sector público detém uma porção significativa da quota de mercado, em todas as linhas de produção, no entanto, esta quota de mercado é inferior à verificada em 2001, devido ao aparecimento de mais ofertas de cuidados prestados pelo sector privado.

No período analisado (2001 – 2009), existe um decréscimo da actividade do sector público, ainda que ligeiro, demonstrando deste modo o enfraquecimento do poder de mercado do sector público. As únicas actividades que aumentaram, no período, no sector público, são a consulta externa e a actividade em bloco operatório.

Os resultados no internamento progrediram apontando para uma racionalização de recursos, isto é, apresentando maior eficiência. Estes resultados são visíveis no decréscimo da demora média e no aumento da taxa de ocupação no internamento. Estes bons indicadores podem ser resultado da organização dos hospitais por departamentos aproveitando sinergias existentes, permitindo uma partilha de conhecimento das diferentes especialidades, promovendo o tratamento do doente numa perspectiva mais abrangente e não circunscrita a uma especialidade. Em termos de doentes saídos tem havido um decréscimo nos hospitais oficiais podendo estar relacionado com a criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados ou por perda para o sector privado.

O aumento ou diminuição nas linhas de actividade no sector público poderá estar eventualmente estar relacionada com vários factores:

- mudança de financiamento por contrato – programa, com a introdução de incentivos pode ter repercussões importantes nos outputs das várias linhas de produção. Segundo o OPSS (OPSS, 2009), os contratos – programa, estimulam a uma maior responsabilização das instituições na utilização eficiente dos recursos e na obtenção de melhores resultados. Os hospitais públicos contratam de acordo com a sua capacidade mas também de acordo com as imposições das ARS, que podem conduzir a um aumento ou diminuição de actividade, sendo que os hospitais têm de se ajustar ao contrato;

- a organização e o planeamento é importante, no entanto também é muito importante comunicar as orientações da actividade a todos os profissionais envolvidos. Como tal, a contratualização interna assume um importante instrumento de gestão de actividade hospitalar. É importante que os hospitais transportem para o ambiente interno a contratualização anual acordada com a tutela;
- as alterações jurídicas.

O impacto da empresarialização dos hospitais públicos na eficiência do sector hospitalar, concretizada pela criação de estatutos jurídicos, veio traduzir-se num aumento da racionalização da capacidade instalada, tais como aumento das taxas de ocupação no internamento e diminuição da demora média; aumento das consultas por gabinete; aumento de intervenções por bloco operatório. Desta forma, há um aumento da taxa de utilização dos recursos disponíveis.

Nestes últimos anos e no período em análise, houve uma melhoria dos indicadores de saúde, resultado das mudanças dos modelos de gestão com o objectivo de melhorar a eficiência e a eficácia do sistema hospitalar.

No entanto, esta melhoria dos indicadores poderá espelhar alguma fragilidade do modelo de financiamento. Os hospitais públicos contratam e, para cumprir esses objectivos, poderão estar a criar necessidades e como tal um aumento de cuidados hospitalares. Relativamente aos hospitais privados assentes numa visão de lucro, também poderão desenvolver a sua actividade com base na indução da procura, facto esse verificado principalmente na taxa de cesariana que apresenta uma tendência a crescer e é muito elevada neste sector privado.

Um dos factores fundamentais nas decisões, pois sem ela não se pode revelar a procura, é a liberdade de escolha dentro do SNS mas este princípio não é na sua plenitude possível, não criando grandes incentivos para uma melhoria da performance, assim como um aumento maior da concorrência entre os prestadores.

Na urgência verifica-se em todas as causas uma diminuição, à excepção da causa da ida à urgência por doença. Esta última, conjugada com o aumento das consultas externas, leva a que a transferência de cuidados actualmente prestados no meio

hospitalar para cuidados primários de proximidade, não se verifique. Não se reduzindo esses fluxos, não se libertam os médicos para outras actividades.

4.3. Recomendações para estudos futuros

Devido à falta de dados referentes ao ano 2010 e perante um ano de 2011 de novas políticas e de crise económica – financeira, recomenda-se que se faça um novo estudo mais abrangente que permita retirar conclusões mais robustas.

Assim, poder-se-á fazer uma análise completa da evolução das novas políticas do SNS e será possível retirar mais conclusões relativamente ao sucesso ou não das reformas efectuadas pelo Estado.

Será de todo interesse aprofundar um pouco o presente estudo, procurando recorrer a técnicas e modelos matemáticos, para seleccionar os melhores indicadores, que podem servir de benchmarking e que permitam a avaliação do desempenho.

Bibliografia

AGUIAR, Filipa Mourão Bianchi, 2010, “Novos Modelos de Gestão Hospitalar”, Faculdade de Medicina do Porto.

ALTO COMISSARIADO DA SAÚDE, 2010, Atlas do Plano Nacional de Saúde, Lisboa.

BARROS, Pedro Pitta, 2000, A Economia dos Serviços de Saúde: Sector Público e Sector Privado na Prestação

BARROS, Pedro Pitta, 2009, Economia da Saúde: Conceitos e Comportamentos, 2ª Edição, Almedina, Coimbra.

CARVALHO, João, O Desempenho nas Organizações Sem Fins Lucrativos, Instituto Superior da Maia.

CASTILHO, Amélia, 1999, Evolução e Estrutura das Despesas Privadas em Saúde, em Portugal, 1980 – 1995, Universidade de Coimbra, Faculdade de Economia.

COSTA, Carlos, LOPES, Fernando, 2008, Avaliação do Desempenho dos Hospitais Públicos (Internamento) em Portugal Continental (2007), Escola Nacional Saúde Pública/Universidade Nova Lisboa.

ESCOVAL, Ana, 2010, Revista: Saúde & Sociedade, nº2, pág. 79 a 87.

FELDSTEINS, Paul, Health care economics, New York, pág. 280 a 295.

FERNANDES, João Varandas et al, 2011, Três Olhares sobre o Futuro da Saúde em Portugal, Principia.

FERREIRA, Joana, 2009, Concorrência Público – Privado no Sistema de Saúde Português: Uma análise exploratória, Universidade Técnica de Lisboa.

FOLLAND, Sherman, et al, 2007, The economics of health and health care, Sixth edition, pág. 270 a 278.

GASPAR, Óscar, 2010, Revista: Saúde & Sociedade, nº2, pág. 39 a 45.

- GEORGE, Francisco, 2010, Revista: Saúde & Sociedade, nº3, pág. 51 a 55.
- INE – Instituto Nacional de Estatística, 2000 - 2005, Estatística da Saúde.
- INE – Instituto Nacional de Estatística, Conta Satélite da Saúde 2005 – 2007.
- LIMA, Maria Elvira, 1993, A Economia dos Cuidados de Saúde – Um Contributo para o Estudo dos Custos do Subsector Hospitalar, Faculdade de Economia do Porto.
- LOPES, Pedro, 2010, Revista: Saúde & Sociedade, nº1, pág. 36 a 42.
- MAIA, Padre Lino, 2010, Revista: Saúde & Sociedade, nº3, pág. 56 a 58.
- MATIAS, A., 1995, O mercado de cuidados de saúde, Documento de Trabalho 5/95, Associação Portuguesa de Economia da Saúde.
- PAULO, Ana Paula, 2001, O Planeamento na Administração Pública e Privada: Elementos para uma Análise Comparativa, Universidade dos Açores.
- PIZARRO, Manuel, 2010, Revista: Saúde & Sociedade, nº3, pág. 9 a 18.
- REGO, Giraldes Costa, 2007, Avaliação da Eficiência e da Qualidade em Hospitais: Entidades Públicas Empresariais e Sector Público Administrativo
- REGO, Giraldes Costa, 2008, “Gestão Empresarial dos Serviços Públicos – Uma aplicação ao Sector da Saúde”, Porto, Vida Económica.
- ROCHA, Ricardo, 2010, Análise de Gestão, Equidade e Eficiência no Sistema de Saúde Português, Faculdade de Medicina do Porto.
- ROSENAU, Pauline et al, 2003, Two Decades of Research Comparing For – Profit and Nonprofit Health Provider Performance in the United States, Social Science Quarterly, Volume 84, Number 2, United States.
- SANTERRE, R. e STEPHEN, N., 2007, Health economics: theories, insights, and industry studies, Third edition, pág. 403 a 406.

SILVESTRE, Hugo e ARAÚJO, Joaquim, 2009, Gestão por Resultados no Sector Público: o caso dos Hospitais EPE, Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal.

SIMÕES, Jorge, 2004, Retrato Politico da Saúde, Almedina.

TIEMANN, Oliver e SCHREYOGG, Jonas, 2009, Effects of Ownership on Hospital Efficiency in Germany, Working Paper, Bur Business Research Journal, Vol. 2, No. 2, Alemanha.

UNIDADE DE MISSÃO – HOSPITAIS SA, 2005, Relatório de Acompanhamento e Avaliação dos Hospitais SA em 2004.

VIEIRA, Miguel, 1996, Eficiência Técnica Hospitalar: estudo comparativo, Artigo publicado na Revista Portuguesa de Saúde Pública, Vol. 5, Nº1 – Jan/Fev 1997: 53 – 63.

Ministério da Saúde (2005), Manual de Gestão de Inscritos para Cirurgia - Processo de Gestão do Utente, Lisboa, 3ª versão